



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Psychische Gesundheit in der Schweiz

Monitoring

Daniela Schuler, Peter Rüesch,
Carine Weiss

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheits.ch.

Die Arbeitsdokumente des Obsan sind Fachberichte, welche vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Experten in Auftrag gegeben oder von eigenen Mitarbeitenden erarbeitet wurden. Sie sollen Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen. Der Inhalt der Arbeitsdokumente unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autoren und Autorinnen.

Daniela Schuler, Peter Rüesch, Carine Weiss
Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring

Arbeitsdokument 24
August 2007

Bestellung:
Bundesamt für Statistik
CH-2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61
E-Mail: order@bfs.admin.ch
Fr. 15.– (exkl. MWST)
Bestellnummer: 873-0701
ISBN 978-3-907872-38-3

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Projektleitung Obsan:
Daniela Schuler. Tel. 032 713 63 34

Anschrift der AutorInnen:
Daniela Schuler, Carine Weiss
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel

Peter Rüesch
Fachstelle Gesundheitswissenschaften
Zürcher Hochschule Winterthur
Bankstrasse 4
CH-8401 Winterthur



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Psychische Gesundheit in der Schweiz

Monitoring

Arbeitsdokument 24

Daniela Schuler¹, Peter Rüesch², Carine Weiss¹

¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel

² Fachstelle Gesundheitswissenschaften, Zürcher Hochschule Winterthur

August 2007

Neuchâtel

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Inhalt

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	8
1.1 Definitionen und Einbettung	8
1.2 Fakten	10
1.3 Gesundheitspolitik	11
1.4 Zweite Auflage des Monitorings	13
1.5 Datengrundlage	14
2 Psychische Gesundheit	19
2.1 Psychische Ausgeglichenheit	19
2.2 Psychisches Wohlbefinden	20
3 Psychische Probleme und Krankheit	22
3.1 Leichte psychische Beschwerden	22
3.2 Chronische psychische Probleme mit Alltagsbeeinträchtigung	24
3.3 Depression	26
4 Inanspruchnahme von Behandlungen	28
4.1 Psychische Krankheit und Inanspruchnahme	28
4.2 Behandlung psychischer Probleme	29
4.3 Stationäre Behandlungen	31
4.4 Behandlungsaufwand in psychiatrischen Kliniken	36
5 Ressourcen und Risikofaktoren	40
5.1 Kontrollüberzeugung	40
5.2 Emotionale Unterstützung	41
5.3 Arbeitsbelastung	42
5.4 Kritische Lebensereignisse	43
6 Krankheitsfolgen	46
6.1 Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit	46
6.2 Invalidenrente	49
6.3 Suizide	53
7 Fazit	59
Literatur	64

Zusammenfassung

Psychische Störungen sind weit verbreitet und zählen laut Weltgesundheitsorganisation zu den häufigsten Krankheiten überhaupt. Sie führen oft zu relevanten Beeinträchtigungen in Alltag und Beruf bis hin zu Invalidisierung oder gar Suizid. Dennoch werden sie oft nicht erkannt, heruntergespielt und in ihrer persönlichen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Bedeutung unterschätzt.

Der vorliegende zweite Monitoringbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) beschreibt erneut den psychischen Zustand der Schweizer Bevölkerung, indem er auf psychische Gesundheit und Krankheit, auf die Inanspruchnahme von Behandlung, auf Ressourcen und Risikofaktoren sowie auf die Krankheitsfolgen eingeht. Im Weiteren ist es nun möglich, eine zeitliche Entwicklung abzubilden. Ein Grossteil der Analysen basiert auf Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2002. Um eine umfassendere Beschreibung abgeben zu können, werden ergänzende Befragungsdaten (Schweizer Haushalt-Panel) sowie Registerdaten (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, IV-Statistik, Todesursachenstatistik) in den Bericht mit einbezogen. Auch wenn bei der Interpretation dieser umfangreichen Datenquellen im Detail gewisse Unvollständigkeiten berücksichtigt werden müssen, ermöglicht die Integration der verschiedenen heute vorhandenen Daten ein recht umfassendes Bild der psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung im zeitlichen Verlauf.

Im groben Zeitraum zwischen 1990 und 2005 (je nach Datenquelle) scheinen sich zwei gegenläufige Entwicklungen abzuzeichnen: Einerseits geht es der Mehrheit der Bevölkerung psychisch besser. Sie berichtet von hohem psychischen Wohlbefinden. Gegenüber den 90er Jahren fühlen sich zunehmend mehr Personen gelassener und psychisch im Gleichgewicht. Leichte Beschwerden wie Niedergeschlagenheit, Pessimismus, Nervosität oder Schlafstörungen sind über die letzten zehn Jahre rückläufig und schwerere chronische psychische Probleme haben tendenziell – insbesondere bei den Männern – in ihrer Häufigkeit abgenommen. Auf der anderen Seite hat sich die Zahl der Invalidisierungen aus psychischen Gründen in den letzten zehn Jahren ungefähr verdoppelt. In demselben Mass ist der prozentuale Anteil der IV-Renten aufgrund psychischer Krankheit am Total der IV-Renten gestiegen: Waren es 1986 noch 20%, so wurden 2005 bereits 37% aller IV-Renten aufgrund psychischer Krankheiten gesprochen. In derselben Zeit ist der IV-Renten-Anteil aufgrund anderer Krankheiten von 52% auf 42% gesunken. Die Zunahme der Renten betrifft in allererster Linie psychogene und reaktive Störungen. Dagegen ist der Anteil an sogenannt 'schweren Störungen' wie beispielsweise Psychopathien tendenziell eher rückläufig. Risikofaktoren für IV-Renten aus psychischen Gründen sind zunehmendes Alter und männliches Geschlecht, wobei der Geschlechterunterschied womöglich nur mit einem Nachholbedarf bei den Frauen zu tun hat, die in den letzten Jahren zunehmend ins Erwerbsleben eingestiegen sind.

Über die Hälfte der Schweizer Bevölkerung bezeichnet ihr psychisches Wohlbefinden und ihre psychische Ausgeglichenheit als hoch. Dennoch berichtet rund ein Drittel der Bevölkerung von mindestens einem leichten psychischen Leiden in der vergangenen Woche, zum grössten Teil von Gefühlen von Pessimismus und Energielosigkeit. Die Daten zeigen zudem schwerwiegende Folgen psychischer Probleme auf. Personen mit psychischen Beschwerden erfahren eine deutlich geringere Lebensqualität als jene Personen, die frei von Beschwerden sind. So ist die allgemeine Lebenszufriedenheit wie auch die Zufriedenheit mit verschiede-

nen Aspekten der Lebenssituation bei Ersteren deutlich geringer. Personen mit psychischen Problemen sind in ihrer Leistungs- und Arbeitsfähigkeit mehr als doppelt so häufig beeinträchtigt wie Gesunde (37% und 27% gegenüber 16% und 10%). Psychisch belastete Personen sind deutlich häufiger erwerbslos und beziehen vermehrt eine Rente als Personen ohne psychische Probleme, wobei hier immer auch von einer Wechselwirkung auszugehen ist: Krankheit macht arbeitslos, Arbeitslosigkeit macht krank. Eine Risikogruppe sind wohl psychisch belastete Männer mittleren Alters: Über 30% dieser Bevölkerungsgruppe sind nicht erwerbstätig im Vergleich zu 5% der Männer derselben Altersgruppe ohne psychische Probleme. Eine schlechte psychische Gesundheit kann lebensbedrohlich sein: Bei 90% aller Suizidfälle in der Schweiz litten die Personen zuvor an einer Depression oder einer anderen psychischen Störung. In der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen liegt Suizid an zweiter Stelle der Todesursachen, übertroffen nur noch durch Krebskrankheiten bei den Frauen bzw. durch Strassenverkehrsunfälle bei den Männern. Im Jahr 2004 wurde jeder dritte Suizid von einer über 65-jährigen Person begangen – und etwa ein Fünftel davon mittels Beihilfe. Die Suizidrate hat über die letzten Jahre abgenommen, was auf einen Rückgang der Rate der Männer zurückzuführen ist, während diejenige der Frauen stabil geblieben ist.

Psychische Gesundheit muss immer wieder hergestellt werden und ist zudem umweltabhängig: Die Fähigkeit, Belastendes psychisch bewältigen zu können, und das Vorhandensein von emotionaler Unterstützung im persönlichen Umfeld sind entscheidende Faktoren für die psychische Gesundheit. Mehr als die Hälfte der Bevölkerung war 2004 einem sogenannten "kritischen Lebensereignis" (Tod eines Familienangehörigen, Scheidung, Arbeitsplatzverlust etc.) ausgesetzt. Die Mehrheit der Schweizer/innen musste sich demnach an eine bedeutende Veränderung im Lebenslauf anpassen und sich eng mit sehr belastenden Ereignissen im nahen persönlichen Umfeld auseinandersetzen. Dennoch berichtet eine Mehrheit der Schweizer Bevölkerung über eine gute psychische Gesundheit. Für ein hohes psychisches Wohlbefinden ist demnach nicht nur das Erleben oder Nicht-Erleben von Krisensituationen entscheidend, sondern die Fähigkeit, solch belastende Ereignisse zu bewältigen. Die Gewissheit, das Leben 'kontrollieren' zu können, ist eine zentrale Ressource für eine gute psychische Gesundheit. Männer und ältere Menschen berichten von mehr Kontrollüberzeugung als Frauen und jüngere Personen. Bei beiden Geschlechtern und über alle Altersklassen hat der Anteil Personen mit hoher Kontrollüberzeugung erfreulicherweise zugenommen. Gleichzeitig fühlt sich aber immerhin ein Fünftel der Schweizer Bevölkerung unlöslichen Problemen ausgeliefert, im Leben hin- und hergeworfen und ohne Kontrolle über das eigene Leben. Die Möglichkeit, sich auszutauschen und Verständnis und Mitgefühl zu erfahren, hilft Krisen zu bewältigen. Frauen wie Männer erhalten emotionale Unterstützung in erster Linie vom Partner oder der Partnerin, wobei Männer von der Partnerbeziehung abhängiger zu sein scheinen als Frauen.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass es sich bei psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit um die Pole eines Kontinuums handelt. Es gibt kein Entweder-oder, sondern verschiedene Abstufungen. Es gibt Menschen, die sich trotz leidvoll erfahrener existentieller Belastungen als psychisch gesund erleben. Wie gut es gelingt, bei Belastungen die psychische Gesundheit wiederherzustellen, hängt von den persönlichen und umfeldbezogenen Ressourcen ab. Wenn das Gleichgewicht zwischen Belastung, Bewältigungskompetenz und Unterstützung nicht mehr gegeben ist, führen psychische Probleme oft und nachhaltig zu

volkswirtschaftlich relevanten Einbussen der Fähigkeit, am sozialen und beruflichen Leben teilhaben zu können.

Die Inanspruchnahme von Behandlungen wegen psychischer Probleme hat zugenommen. Es lassen sich mehr Personen wegen eines psychischen Problems behandeln und etwa 1% mehr Männer (als 1997) suchen Hilfe auf wegen einer Depression. Frauen nehmen vermehrt eine Behandlung bei Fachpersonen wie Psychiatern/innen und Psychologen/innen in Anspruch. Im Vergleich dazu haben bei ihnen die Besuche bei Ärzten/innen anderer Fachrichtungen eher abgenommen. Aber weiterhin sind es mehr Männer, die bei psychischen Problemen eine Fachperson aus dem psychologisch-psychiatrischen Bereich aufsuchen als Frauen. Dieses Ergebnis für die Schweiz erstaunt, da in der Forschungsliteratur den Männern gegenüber den Frauen ein 'schlechteres' Hilfesucheverhalten unterstellt wird.

Am Beispiel der Depression lässt sich gut erkennen, dass im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich von einer Unter- oder Fehlversorgung auszugehen ist. Eine erstmals in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verwendete Skala zur Einschätzung der depressiven Stimmung der befragten Personen zeigt, dass rund 3% der Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Depression leiden. Aber nur jede vierte Person mit mittleren bis starken Symptomen bzw. jede zweite mit gravierenden Symptomen sucht deswegen tatsächlich eine Behandlung auf.

Nach einer Phase der Zunahme zeigt sich über die letzten Jahre eine Stabilisierung der Hospitalisationsrate bei rund acht Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner/innen. Bei den Männern ist diese Rate etwas höher als bei den Frauen. Neuere Untersuchungen zeigen, dass nicht mehr Personen hospitalisiert werden, sondern dass dieselben Personen öfter in die Klinik eintreten. Einige wenige Krankheitsbilder verursachen den grössten Teil der Pflage tage. Die pflegeintensivsten Diagnosen sind bei beiden Geschlechtern Schizophrenie und Depression. Die Summe der Pflage tage in psychiatrischen Kliniken unterscheidet sich deutlich zwischen den Landesregionen. Allerdings sind diese regionalen Unterschiede schwer zu vergleichen, da sie stark von lokalen Strukturen und Behandlungskonzepten abhängen; hierzu ist heute aber noch zu wenig bekannt, um die Unterschiede schlüssig interpretieren zu können.

Insgesamt geben die Daten klare Hinweise darauf, wie eng psychische Gesundheit mit Bewältigungsmechanismen, dem Funktionieren in der Gesellschaft und sozialer Unterstützung zusammenhängen und wie gravierend die Folgen psychischer Krankheit sein können. Es stellt sich dabei die Frage, ob sich die psychische Gesundheit der Mehrheit in der vergangenen Dekade eventuell verbessert hat, während die psychisch belasteten Personen heute noch schlechter und invalidisierter leben als früher. Klar wird jedenfalls, wie wichtig es im Hinblick auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung ist, dass Massnahmen auf allen Ebenen getroffen werden, um die persönlichen Bewältigungsfähigkeiten, das Gefühl, das Leben meistern zu können und auch den sozialen Zusammenhalt zu stärken. Dazu braucht es Massnahmen und Engagement auf allen Altersstufen und in allen Lebensbereichen (Unterstützung der Eltern, Früherziehung, Schule, Ausbildung, Beruf, Pensionierung etc.). Psychische Gesundheit und teilweise auch psychische Krankheit sind nicht leicht fassbar, ihre Konsequenzen sind jedoch sehr konkret.

Künftige Forschungsaktivitäten

Das Thema der Interaktion zwischen psychischer Gesundheit, sozialem Umfeld, Bewältigungsmechanismen und Behinderungen wird durch das mehrjährige Forschungsprogramm des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu Invalidität und Behinderung vertieft¹.

Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit sind Gegenstand der Längsschnittstudie SESAM (Swiss Etiological Study of Adjustment and Mental Health²). Es sollen die komplexen Ursachen aufgedeckt werden, die zu einer gesunden psychischen Entwicklung über die Lebensspanne führen.

Für den stationären Bereich ist ausserdem eine ergänzende Erhebung zur SGB geplant. Es soll der psychische Gesundheitszustand Betagter in sozialmedizinischen Institutionen erhoben werden.

Ein geplantes Obsan-Projekt wird einen vertieften Blick auf die Struktur, die Organisation und die Datenlage der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Versorgung in der Schweiz werfen. Eine weitere Studie wird sich mit der regionalen Vergleichbarkeit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung beschäftigen.

Schliesslich ist beabsichtigt, die vorliegende Studie 2009 zu wiederholen und – wo möglich und sinnvoll – weiter zu ergänzen. Kernstück dieses zukünftigen Berichts werden die neuen Ergebnisse der SGB 2007 inkl. der Zusatzerhebung zu den Betagten in sozialmedizinischen Institutionen sein. Aber auch Ergebnisse der weiteren in diesem Bericht verwendeten Datenquellen – insbesondere der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser – sollen erneut aufgearbeitet und analysiert werden.

¹ Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung sowie zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes: www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326

² www.sesamswiss.ch

1 Einleitung

1.1 Definitionen und Einbettung

Psychische Gesundheit beinhaltet Aspekte wie persönliches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen und einer Arbeit nachgehen zu können sowie die Fähigkeit zu gesellschaftlicher Partizipation. Psychisch gesund zu sein bedeutet auch, an den eigenen Wert und die eigene Würde zu glauben und den Wert der anderen zu schätzen (HEA, 1999).

Psychische Gesundheit bedarf eines Gleichgewichts zwischen äusseren und inneren Anforderungen einerseits und äusseren und inneren Ressourcen – zur Bewältigung der Anforderungen – andererseits. Sie erfordert eine ständige aktive Anpassung des Individuums entsprechend den laufenden objektiven und subjektiven Veränderungen. Psychische Gesundheit wird als Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren verstanden. Sie ist kein Zustand, der sich als Folge von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert, sondern ein vielschichtiger, dynamischer Prozess, der neben individuellen Aspekten auch massgeblich von exogenen Faktoren beeinflusst wird (WHO, 2001).

Im Gegensatz dazu äussern sich *psychische Krankheiten* in klinisch feststellbaren psychischen Problemen oder Problemen im Verhalten, die mit Stress oder Einschränkungen der Funktionsfähigkeit verbunden sind. Sie können mit einem deutlich erhöhten Risiko einhergehen, einen grossen Verlust an Freiheit oder Lebensqualität, Schmerz und Beeinträchtigung zu erleiden.

Psychische Gesundheit und psychische Krankheit werden nicht als einander ausschliessende Kategorien betrachtet, sondern gelten als Endpunkte eines Kontinuums, dessen Bewertung letztlich von gesellschaftlichen Normen abhängt. Jeder kann zu einem beliebigen Zeitpunkt auf dem Kontinuum lokalisiert werden und ist damit nicht entweder gesund oder krank, sondern mehr oder weniger gesund bzw. krank (Salutogenesemodell, Antonovsky, 1979). In der Praxis jedoch erfordert die Notwendigkeit von Entscheidungen über bspw. die Entrichtung von Krankenkassen- oder Sozialleistungen, dass sich die Leistungserbringer im Sinne einer dichotomisierenden Entscheidung auf ein entweder gesund oder krank festlegen müssen.

Klassifikations- und Diagnosesysteme wie die Internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1994) oder das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen DSM-IV der American Psychiatric Association (Sass et al., 1998) geben verbindliche Kriterien vor, ab wann eine psychische Beeinträchtigung als Störung mit Krankheitswert zu bezeichnen ist. Ein einmaliges oder nur kurzzeitiges Auftreten abnormen Verhaltens ist aber in der Regel (noch) nicht als psychische Störung einzustufen. Die Symptome müssen je nach lebensgeschichtlicher Lage und sozio-kulturellem Rahmen eine bestimmte Schwere, Dichte, Häufigkeit und Dauer aufweisen und zu persönlichem Leiden oder zur Beeinträchtigung des Funktionierens führen (Scharfetter, 2002).

Ergänzend zu den erwähnten Diagnosesystemen gibt die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF der WHO (DIMDI/WHO, 2004) Hinweise zur Beurteilung der Funktionsfähigkeit eines Individuums. Diese funktionale Perspektive

umfasst sowohl körperliche als auch mentale Funktionen, Aktivitäten in Beruf und Freizeit sowie Partizipation an gesellschaftlichen Vorgängen. Zusätzlich werden interagierende Umweltfaktoren einbezogen. Das ICF-Klassifikationssystem kann somit für die Beurteilung der Funktionsfähigkeit und Behinderung eines Menschen mit einer psychischen Erkrankung herangezogen werden.

Wie bereits erwähnt, erfüllen entsprechend den Klassifikationssystemen nicht alle psychischen Leiden die festgelegten Bedingungen zur Diagnose einer psychischen Erkrankung. Sind die Anzeichen und Symptome nicht ausreichend stark oder anhaltend, um den Kriterien für eine psychische Erkrankung zu entsprechen, wird von einem psychischen Problem oder von psychischen Beschwerden gesprochen. So besteht bspw. ein Unterschied zwischen einer depressiven Stimmung und einer diagnostizierbaren Depression. Wenn in der vorliegenden Publikation über psychische Beschwerden und Probleme berichtet wird, handelt es sich nicht um standardisierte Diagnosen, sondern um selbstwahrgenommene Beeinträchtigungen, die von den Befragten mitgeteilt werden und mehr oder weniger ausgeprägt sein können.

Der vorliegende Bericht soll einen Überblick über die psychische Gesundheit bzw. Krankheit der Schweizer Bevölkerung geben. Im Sinne der Gesundheitsberichterstattung ist er auf Wiederholbarkeit und Vergleichbarkeit angelegt und bezieht sich daher auf die Themen des ersten Monitoringberichts zur psychischen Gesundheit in der Schweiz von Rüesch und Manzoni (2003). Es werden grösstenteils analoge Analysen mit den inzwischen aktualisierten Daten durchgeführt.

Inhaltlich greift der vorliegende Bericht verschiedene Punkte auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum von psychischem Gleichgewicht und Wohlbefinden (Kapitel 2) über leichte psychische Beschwerden bis zu beeinträchtigenden und behandelten psychischen Erkrankungen (Kapitel 3).

Nach einem einleitenden ersten Kapitel, in dem u.a. die verschiedenen Datenquellen beschrieben werden, ist die psychische Gesundheit mit den Indikatoren psychische Ausgeglichenheit und Wohlbefinden Thema des zweiten Kapitels. In Kapitel 3 „Psychische Probleme und Krankheit“ stehen leichte und chronische psychische Probleme im Zentrum. Ausserdem wird die Depression als störungsspezifisches Thema aufgegriffen, wobei die depressive Problematik mit leichten Symptomen bis zur klinisch manifestierten psychischen Störung wiederum einen grossen Teil des Kontinuums betrifft. Im 4. Kapitel wird der Fokus auf die „Inanspruchnahme von Behandlungen“ bei psychischen Problemen gerichtet. Dabei wird ebenfalls auf stationäre Behandlungen und den Behandlungsaufwand in psychiatrischen Kliniken eingegangen. In den Kapiteln 5 und 6 werden einerseits gewisse Voraussetzungen psychischer Gesundheit und andererseits ausgewählte mögliche Folgen psychischer Probleme/Krankheit etwas näher betrachtet.

1.2 Fakten

Psychische Störungen sind weit verbreitet und zählen laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu den häufigsten Krankheiten. Dennoch werden sie (von den Betroffenen wie auch vom Umfeld) oft nicht erkannt, heruntergespielt oder unterschätzt. Erkrankte Personen sind oft konfrontiert mit Stigmatisierung, Diskriminierung oder Menschenrechtsverletzungen – innerhalb und ausserhalb psychiatrischer Institutionen. Im Folgenden eine Auflistung wichtiger Fakten zu psychischer Krankheit:

- Weltweit sind 450 Millionen Menschen von psychischen, neurologischen oder Verhaltensproblemen betroffen (WHO, http://www.who.int/mental_health/en/).
- Etwa 900'000 Menschen sterben jährlich durch Suizid. Einem Grossteil der Suizidfälle (90%) gehen psychische Störungen voraus – meistens Depressionen (Beautrais, 2000).
- Ungefähr die Hälfte der Schweizer Bevölkerung erkrankt im Laufe des Lebens an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung (Ajdacic & Graf, 2003).
- Oft treten verschiedene psychische Störungen gleichzeitig auf. Bei etwa 50% der erkrankten Personen findet sich mehr als eine Störung; besonders häufig bei Depressionen, Suchterkrankungen oder Schizophrenie. Komorbidität geht u.a. mit einer schlechteren Prognose, mit erhöhtem Behandlungsbedarf und mit einem höheren Beeinträchtigungsgrad einher (Ajdacic & Graf, 2003).
- Während psychische Erkrankungen weltweit für 1% der Todesfälle verantwortlich sind, tragen sie mit rund 11% einen erheblichen Teil der beeinträchtigten Lebensjahre¹ bei. Unter den zehn wichtigsten Ursachen, die zu einer Zunahme von Lebensjahren mit Beeinträchtigung führen, finden sich fünf psychische Erkrankungen: Depression, Alkoholabhängigkeit, bipolare Störungen, Schizophrenie und Zwangsstörungen (Ajdacic & Graf, 2003).
- Psychische Erkrankungen tragen erheblich zur Krankheitslast² bei. Gemäss Schätzungen werden psychische Störungen im Jahr 2020 für 15% des gesamten Verlusts gesunder bzw. behinderungsfreier Lebensjahre³ verantwortlich sein (1990 waren es 10%; Murray & Lopez, 1996).
- Für das Jahr 2020 wird erwartet, dass depressive Störungen hinter der ischämischen Herzerkrankung den Platz zwei unter allen globalen Krankheitslasten einnehmen wird (gemessen in DALY's; Murray & Lopez, 1996).
- Personen mit chronischen psychischen Beschwerden und Erkrankungen weisen eine hohe Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen auf. Die meisten dieser Behandlungen entfallen auf Hausärzte und Hausärztinnen (Rüesch, 2006).

¹ YLDs (Years of Life lived with Disability); auch „Lebensjahre mit Beeinträchtigung“

² Krankheitslast oder „Burden of Disease“ entspricht der Abweichung des momentanen Gesundheitszustands von der idealen gesundheitlichen Situation (Masszahl sind DALYs, vgl. unten; Murray & Lopez, 1996).

³ DALYs (Disability Adjusted Life Years) berücksichtigt die aufgrund von Behinderung oder vorzeitiger Sterblichkeit verlorenen gesunden Lebensjahre; auch „Verlorene gesunde Lebensjahre“.

- 30% bis 50% der Hausarztpatienten und -patientinnen leiden an psychischen Störungen oder Beschwerden, welche häufig weder diagnostiziert noch behandelt werden (Tress et al., 1999; Ustün & Sartorius, 1995).
- Personen mit psychischen Problemen fühlen sich in der eigenen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und rund ein Fünftel der Betroffenen ist auf unbestimmte Zeit krank geschrieben (Rüesch & Manzoni, 2003).
- Die Kosten der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in der Schweiz werden für das Jahr 2000 auf 2'115 Millionen CHF geschätzt (BFS, 2002; Beeler et al., 2003). Ambulante Angebote verursachen gut einen Drittel der Kosten, die stationäre Versorgung knapp zwei Drittel. Insgesamt sind es knapp 5% der Kosten des Gesundheitswesens.
- Volkswirtschaftliche Folgekosten von psychischen Krankheiten belaufen sich auf durchschnittlich drei bis vier Prozent des Bruttoinlandprodukts (Gabriel & Liimatainen, 2000). Zwei Drittel entfallen auf Produktivitätseinbussen und ein Drittel auf lange Arbeitsabsenzenheiten (Lachenmeier, 2002). Wendet man den 4%-Ansatz auf die Schweiz an, hätten die psychischen Krankheiten im Jahre 2005 bei einem Bruttoinlandprodukt von 456 Milliarden CHF Folgekosten von insgesamt über 18 Milliarden CHF zur Folge gehabt.

1.3 Gesundheitspolitik

International

Die psychische Gesundheit wurde in der Gesundheitspolitik weltweit lange Zeit vernachlässigt. Mittlerweile machen Erkenntnisse aus der Gesundheitspsychologie sowie der Psycho- und Sozialtherapie deutlich, dass die psychische Gesundheit nicht nur für das Individuum, sondern auch für die Gesellschaft existentiell und von zentraler Bedeutung für das humane, soziale und wirtschaftliche Kapital ist. Die Feststellung der WHO „Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ ist heute breit akzeptiert und wurde anlässlich der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit in Helsinki 2005 auch in der Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit festgehalten¹. Ausserdem stimmten die Mitgliedstaaten unter dem Leitsatz „Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen“ einem Aktionsplan mit 12 Etappenzielen für die Jahre 2005 bis 2010 zu. Die Herausforderungen bestehen in der Erarbeitung, Umsetzung und Auswertung einer Politik und einer Gesetzgebung, die Angebote im Bereich psychischer Gesundheit hervorbringen, durch die das Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung verbessert, psychische Gesundheitsprobleme verhütet und die Integration und das Wirken von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen gefördert werden können. Es gilt, a) das Bewusstsein von der Bedeutung psychischen Wohlbefindens zu fördern, b) gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Ungleichbehandlung vorzugehen, c) umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu implementieren, d) kompetente und leistungsfähige Mitarbeitende einzusetzen und e) die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden/Angehörigen in Planung und Entwicklung einzubeziehen.

¹ Europäische Erklärung und Aktionsplan zur psychischen Gesundheit, WHO-Konferenz Helsinki 2005: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/MNHCONF/press/20050114_1?language=German

Um die Umsetzung der unterschiedlichen Aktionen in den Mitgliederländern zu evaluieren, wird zurzeit eine Bestandesaufnahme der aktuellen Aktivitäten und Bedingungen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit erarbeitet.

National

Bereits vor der WHO-Konferenz hat die Schweiz im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen einen Entwurf für eine Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung der Schweiz erarbeitet (NGP, 2004a)¹. Der Entwurf wurde verschiedenen Bundesämtern, kantonalen Gesundheits- und Sozialdirektionen und privaten Organisationen vorgelegt. Die Zusammenstellung der Konsultationsergebnisse zeigt, dass die Mehrheit der Stellungnehmenden den Zielen, Inhalten, der Bilanz, dem Aktionsplan und der Umsetzung im Entwurf der Nationalen Strategie Psychische Gesundheit vom Februar 2004 grundsätzlich zustimmt. Die Stellungnehmenden erkennen die psychische Gesundheit als volkswirtschaftliches Humankapital und geben Massnahmen den Vorrang, welche einer Medikalisierung von gesellschaftlichen Problemen entgegenwirken. Kritische Einwände zum Entwurf beziehen sich auf den Konkretisierungsgrad und die Reichweite der Strategie.

Der Zielkatalog der Nationalen Strategie für die kommenden zehn Jahre entspricht in den Grundzügen den Zielen der Europäischen Erklärung:

- Zunahme der psychischen Vitalität in der Wohnbevölkerung der Schweiz
- Verbessertes Bewusstsein über positive Aspekte psychischer Gesundheit
- Erleichterung des Zugangs zu angemessener Behandlung
- Verbesserung der Kooperation von Betroffenen und Angehörigen
- Abnahme der Chronizität von psychischen Störungen und Abnahme des Bedarfs an IV-Berentungen
- Abnahme der Suizidalität
- Grössere Zufriedenheit bei den Patient/innen und weniger Burnout bei den Fachleuten
- Erhöhte Attraktivität der Arbeit mit psychisch Kranken

In einem Aktionsplan werden zehn Empfehlungen mit kurz-, mittel- und langfristigen Zeithorizonten vorgeschlagen. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verstehen den entwickelten Entwurf Nationale Strategie für die psychische Gesundheit (NGP, 2004a) und die Zusammenstellung der Konsultationsergebnisse (NGP, 2004b) als „Referenzrahmen“. Die Kantone, der Bund und private Institutionen sollen daraus konkrete und koordinierte Umsetzungsprojekte von nationaler Bedeutung ableiten und verwirklichen.

Regional

Mittlerweile haben verschiedene Kantone Programme zum Schutz und zur Förderung psychischer Gesundheit lanciert. Eine Übersicht über die aktuellen Strategien und Programme

¹ Nationale Strategie Psychische Gesundheit: [http://www.nationalegesundheits.ch/main/Show\\$Id=1316.html#](http://www.nationalegesundheits.ch/main/Show$Id=1316.html#)

gibt die Publikation *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik*. In einem ersten Band werden die Gesundheitspolitiken von Kantonen und Bund analysiert (NGP, 2006a) und im zweiten Band geben zehn Porträts Einblick in die Vielfalt der kantonalen Aktivitäten (NGP, 2006b). Im Bereich psychische Gesundheit sind es in erster Linie Projekte zu Suchtprävention und Stressbewältigung. Im Weiteren hat z.B. der Kanton Zug 2006 ein Konzept zur psychischen Gesundheit im Kanton Zug 2007–2012 erarbeitet mit dem Ziel, die Sensibilität in der Gesellschaft und der Fachwelt zu erhöhen, die Früherkennung und -intervention zu verbessern sowie die soziale, schulische und berufliche Integration zu erhalten bzw. zu fördern¹.

Internationale Vergleichbarkeit

Um verlässliche und vergleichbare Aussagen zu Zustand und Determinanten psychischer Gesundheit sowie zu entsprechenden Gesundheitssystemen europäischer Länder zu ermöglichen, wurde im Rahmen des Projekts ECHI (European Community Health Indicators)² eine Liste von Indikatoren zu psychischer Gesundheit und Erkrankung erarbeitet. Der Katalog umfasst 36 Indikatoren. Der Schweiz ist es bisher noch nicht möglich, Daten zu allen Indikatoren zu liefern. Im Laufe der nächsten Jahre sind jedoch zahlreiche Anpassungen geplant, um bald einen umfassenden Vergleich der Schweiz mit europäischen Ländern und eine Beobachtung der Entwicklung zu ermöglichen. In der aktuell laufenden Erhebung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wurden bereits einige entsprechende Änderungen vorgenommen, so dass mit den 2007 erhobenen Daten voraussichtlich auch relevante internationale Vergleiche möglich sein werden.

1.4 Zweite Auflage des Monitorings

Diese erste Aktualisierung des Monitorings Psychische Gesundheit in der Schweiz lehnt sich in Struktur und Indikatorenwahl an die Erstfassung von 2003 (Rüesch & Manzoni) an. Die Datengrundlage wird ebenfalls beibehalten (Tab. 1.1). Das Zusammenbringen verschiedener Datenquellen erlaubt eine umfassende Sicht auf die Problematik der psychischen Gesundheit und Krankheit in der Schweiz. Aufgrund der unterschiedlichen Ausrichtung der Datenbanken sind diese untereinander nicht direkt vergleichbar. Vergleiche sind nur innerhalb der einzelnen Quellen möglich.

Im Unterschied zum ersten Bericht wurden einige Auswertungen nicht mehr aufgenommen, andere finden sich in leicht abgeänderter Form wieder. Eine neue Perspektive bieten die einbezogenen Vergleiche zu verschiedenen Zeitpunkten, die sich je nach Datenquelle von 1992 bis 2005 erstrecken. Für die Auswertungen des vorliegenden Berichts wurden jeweils die neuesten verfügbaren Daten verwendet. Der Zeitraum erstreckt sich von 2002 (Schweizerische Gesundheitsbefragung) bis 2005 (IV-Statistik).

¹ <http://www.psychische-gesundheit-zug.ch/?page=gd.10>

² ECHI (European Community Health Indicators / Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_de.htm

Tab. 1.1 Bereiche, Indikatorgruppen und zugrunde liegende Datenbank des Monitorings Psychische Gesundheit

Bereiche und Indikatorgruppen	Datenbank	Institution
Psychische Gesundheit		
(1) Psychische Ausgeglichenheit	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002	BFS
(2) Psychisches Wohlbefinden	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002	BFS
Psychische Probleme und Krankheit		
(3) Leichte psychische Beschwerden	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002	BFS
(4) Chronische psychische Probleme mit Alltagsbeeinträchtigung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002	BFS
(5) Depression	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002	BFS
Inanspruchnahme von Behandlungen		
(6) Psychische Krankheit und Inanspruchnahme	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002	BFS
(7) Behandlung psychischer Probleme	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002	BFS
(8) Stationäre Behandlungen	Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2004	BFS
(9) Behandlungsaufwand in psychiatrischen Kliniken	Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2004	BFS
Ressourcen und Risikofaktoren		
(10) Kontrollüberzeugung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002	BFS
(11) Emotionale Unterstützung	Schweizer Haushalt-Panel SHP 2004	SNF, BFS
(12) Arbeitsbelastung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002	BFS
(13) Kritische Lebensereignisse	Schweizer Haushalt-Panel SHP 2004	SNF, BFS
Krankheitsfolgen		
(14) Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit	Schweizer Haushalt-Panel SHP 2004	SNF, BFS
	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002	BFS
(15) Invalidenrente	IV-Statistik 2005	BSV
(16) Suizide	Todesursachen-Statistik TUS 2004	BFS
BFS	Bundesamt für Statistik	
SNF	Schweizerischer Nationalfonds für wissenschaftliche Forschung	
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen	

1.5 Datengrundlage

Das Monitoring basiert auf bereits existierenden Datenbeständen, die periodisch aktualisiert werden. Die Daten stammen aus Befragungen (Stichproben) sowie aus Registern (Vollerhebungen). Jeder Bestand bildet jeweils nur Teilaspekte des Problembereichs ab und weist spezifische Einschränkungen auf. Im Anschluss folgt ein kurzer Beschrieb der verwendeten Datenbanken mit Hinweisen auf besondere Einschränkungen.

Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und einer Reihe von Einflussfaktoren, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse. Im Jahr 2002 wurden 19'706 zufällig ausgewählte Personen befragt. Die Stichprobe ist für die Schweizer Bevölkerung (ständige Wohnbevölkerung) ab 15 Jahren, die in privaten Haushalten lebt, repräsentativ. Alle in diesem Bericht verwendeten Daten sind (bezüglich Geschlecht, Alter, Wohnkanton und Nationalität) gewichtet. Die Erhebung wird alle fünf Jahre durchgeführt.

Bei der Interpretation der Daten gilt es zu beachten, dass

- es sich um eine Stichprobenerhebung in Privathaushaltungen handelt. Personen in medizinisch-sozial betreuten Einrichtungen werden nicht befragt. Es gibt daher einen gewissen Selektionseffekt in Richtung der gesünderen Personen.
- sie auf Selbstangaben beruhen, was mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Unvollständigkeiten einhergeht (Erinnerungsvermögen, fehlende Auskunftsbereitschaft, soziale Erwünschtheit).
- kranke Personen unter Umständen nicht bereit oder fähig sind, Fragebogen auszufüllen oder am telefonischen Interview teilzunehmen; insbesondere Personen mit depressiven Symptomen oder anderen psychischen Problemen. Das hat einen weiteren Selektionseffekt in Richtung der gesunden Personen zur Folge, der gerade bei Fragen zur psychischen Gesundheit zu berücksichtigen ist.
- die publizierten Daten nach der Grundgesamtheit der ständig in der Schweiz lebenden Personen (im Alter ab 15 Jahren) gewichtet sind. Bei Resultaten, die auf kleinen Häufigkeiten beruhen, wird der Zufallsfehler daher schnell gross.

Schweizer Haushalt-Panel, SHP

Das Schweizer Haushalt-Panel (SHP) bildet den sozialen Wandel in der Schweiz ab, besonders die Dynamik der sich verändernden Lebensbedingungen der Bevölkerung (www.swisspanel.ch). Seit seiner Einrichtung 1999 wurde im Rahmen der (telefonischen) Befragung *Leben in der Schweiz* ein einzigartiger längsschnittbezogener Datensatz in der Schweiz aufgebaut. In den beiden Fragebogen (Haushalt- und individueller Fragebogen) ergänzen subjektive Einschätzungen (z.B. Zufriedenheit, Wertvorstellungen) objektive Daten wie beispielsweise Einkommen oder soziale Stellung. Die Analysen im vorliegenden Bericht basieren ausschliesslich auf der individuellen Befragung (8'067 vollständige Personenbefragungen im Jahr 2004). Das SHP ist ein Verbundprojekt zwischen dem Schweizerischen Nationalfonds (SNF), dem Bundesamt für Statistik (BFS) und der Universität Neuchâtel. Es gilt zu bedenken, dass

- ein gewisser Stichprobenfehler in Form einer selektiven Panelmortalität möglich ist.
- aufgrund von Änderungen oder Kürzungen des Fragebogens die Aussagekraft von zeitlichen Vergleichen eingeschränkt sein kann.
- es sich um Selbstangaben handelt, was mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Unvollständigkeiten einhergeht (Erinnerungsvermögen, fehlende Auskunftsbereitschaft, soziale Erwünschtheit).
- besonders kranke Personen eventuell nicht bereit oder fähig sind, am telefonischen Interview teilzunehmen. Anders als in der SGB ist bei kranken Personen ein Proxy-Interview vorgesehen. Eine andere Person des Haushalts gibt stellvertretend für die Zielperson Auskunft zu Fragen, die sich auf Fakten beziehen. Es gibt einen Selektionseffekt in Richtung der gesunden Personen, der bei Fragen zur psychischen Gesundheit zu berücksichtigen ist; dieser ist im Vergleich zur SGB weniger ausgeprägt.

Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser erhebt jährlich die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizer Krankenhäusern. Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus, bzw. von jeder Klinik durchgeführt. Die fallbezogenen Angaben umfassen sowohl sozio-demografische Informationen der Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie die Versicherungsart, Aufenthalt vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie die Diagnosen (nach ICD) und durchgeführte Behandlungen (Schweizerische Operationsklassifikation, CHOP). Für den Psychiatriebereich gibt es ein zusätzliches Set mit freiwilligen Angaben (Psychiatrie-Zusatzdaten). Die Identifikation der Patienten/innen kann mit Hilfe eines verschlüsselten und anonymen Verbindungscode hergestellt werden, wobei eine vollständige (100%) Zuordnung von Fällen zu Personen erstmals für das Jahr 2004 möglich ist. Die Daten im vorliegenden Bericht beziehen sich auf Behandlungsfälle von 15-jährigen oder älteren Personen mit Haupt-F-Diagnosen gemäss ICD-10 (Psychiatrie) aus psychiatrischen Kliniken. Schwachstellen sind folgende:

- Die Erfassung der Psychiatrie-Zusatzdaten ist für die Krankenhäuser fakultativ. Es beteiligen sich nicht alle Kantone und psychiatrischen Einrichtungen. Im Jahr 2004 lieferten etwa 80% der psychiatrischen Kliniken die Psychiatrie-Zusatzdaten.
- Aufgrund der hohen Datenschutzanforderungen sind die Analyse-Möglichkeiten – insbesondere bei regionalen Fragestellungen – stark eingeschränkt (Grossregionen).
- Die Medizinische Statistik schliesst neben den stationären auch die teilstationären Behandlungen ein. Allerdings wurden letztere bislang nicht einheitlich und vollständig erfasst. Die tatsächliche Inanspruchnahme teilstationärer Behandlungen, einschliesslich Veränderungen über die Zeit, wird sich erst in einigen Jahren methodisch korrekt beschreiben lassen. Es werden keine ambulanten Fälle eingeschlossen.

IV-Statistik

Die IV-Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherungen liefert Informationen bezüglich Personen, die von der Invalidenversicherung unterstützt werden (Versicherte, Beitragszahlende und Bezüger/innen) sowie bezüglich der ausgerichteten Renten und sonstigen Leistungen (Eingliederungsmassnahmen, Taggelder und Hilflosenentschädigungen).

Die Grundgesamtheit bilden die in der Schweiz wohnhaften und IV-versicherten Personen sowie die im Ausland wohnhaften, auf freiwilliger Basis versicherten Schweizer/innen. IV-Leistungen beziehen können Personen im Alter von 0 bis 65 Jahren; die Beitragszahlenden sind erwerbstätige Personen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren. Einschränkungen sind hier die folgenden:

- Die von der IV verwendete Klassifikation der verschiedenen psychischen Störungen ist nicht vergleichbar mit den Kategorien anerkannter psychiatrischer Diagnostik wie der ICD-10 (WHO, 1994) oder des DSM-IV (Sass et al., 1998). In der IV-Statistik werden die psychischen Störungen zu den vier folgenden Gruppen zusammengefasst und können nicht nach einzelnen Krankheitsbildern aufgeschlüsselt werden:
 - (1) schwere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie und andere psychotische Erkrankungen;

- (2) neurotische Störungen und andere als „psychogen“ oder „milieureaktiv“ bezeichnete Leiden;
 - (3) Abhängigkeitsstörungen (Alkoholismus und andere Süchte);
 - (4) geistige Behinderungen und andere kognitive Beeinträchtigungen.
- Besonders der IV-Code 646 „Neurotische Störungen und andere als ‚psychogen‘ oder ‚milieureaktiv‘ bezeichnete Leiden“ scheint zu wenig klar definiert und läuft Gefahr, unterschiedliche schwer diagnostizierbare Störungen zu vereinen.
 - Abhängigkeit und Drogensucht werden von der Invalidenversicherung nicht als alleiniger Grund für eine IV-Berentung akzeptiert. Es ist eine sekundäre psychische oder somatische Diagnose erforderlich. Dies kann zur Folge haben, dass Abhängigkeitserkrankungen in den IV-Daten tendenziell unterschätzt werden oder dass Personen mit Abhängigkeitsstörungen im IV-Abklärungsprozess eher eine Zweitdiagnose erhalten.

Todesursachenstatistik

Die Todesursachenstatistik liefert einen Überblick über das Sterbegeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz. Sie lässt Veränderungen über Jahrzehnte erkennen und gibt Hinweise darauf, durch welche präventiven oder medizinisch-kurativen Massnahmen die Lebenserwartung der Bevölkerung erhöht werden könnte. Die Todesursachenstatistik ist eine jährliche Vollerhebung und basiert auf den Angaben der Zivilstandsämter und der die Todesfälle meldenden Ärzte/innen. Die Grundgesamtheit sind die in der Schweiz wohnhaft gewesenen Personen (ständige Wohnbevölkerung), unabhängig von Nationalität und Ort des Todes. Die Todesursachen werden nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) klassifiziert. Schwachstellen der Todesursachenstatistik sind folgende:

- Änderungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) erfolgen etwa alle 10 bis 20 Jahre und verursachen Brüche in den Zeitreihen.
- Die Todesursachen der im Ausland verstorbenen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz sind selten bekannt.

Datenlücke ambulante Versorgung

Es besteht bisher eine grosse Datenlücke im Bereich der ambulanten Versorgung. Entsprechende Zahlen stammen im vorliegenden Bericht ausschliesslich von Selbstangaben aus Befragungen (SGB und SHP) und unterliegen damit gewissen Einschränkungen (Erinnerungsvermögen, fehlende Bereitschaft). Eine andere Quelle für Informationen zum ambulanten Sektor ist der Datenpool von *santésuisse*[®], dessen Angaben sich allerdings nur auf Konsultationen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) beziehen. Gerade im Bereich der Psychotherapie sind Leistungen zu Lasten anderer Versicherungen (Zusatzversicherungen, Invalidität) und Konsultationen, welche die Haushalte selber bezahlen und nicht an den Versicherer weiterleiten, häufig. Insbesondere da selbständige nicht-ärztliche Psychotherapeuten/innen nicht über die OKP abrechnen können. Auswertungen mit dem Datenpool von *santésuisse*[®] zum Thema psychiatrische Versorgung sind Bestandteil der Obsan-Publikationen *Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz* (Sturny et al., 2004) und *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse* (Jaccard Ruedin et al., 2007).

Der Einbezug des Schweizerischen Diagnosen Index (SDI) der IHA-IMS-Health Hergiswil könnte die Abbildung des ambulanten Sektors verbessern. Der SDI ermittelt das Diagnose- und Therapieverhalten niedergelassener Ärzte/innen. Die Daten sind limitiert durch die relativ kleine Stichprobe und gewisse Zweifel an der wissenschaftlichen Genauigkeit, da es sich um Daten zur Marktbeobachtung und zu Marketingzwecken handelt. Die Aufnahme des SDI in einen nächsten Monitoring-Bericht muss geprüft werden.

Zukünftig interessante Ergebnisse im ambulanten Versorgungsbereich sind von den Tarmed-Erhebungen der Trust-Center der Ärzte/innen zu erwarten. Aktuell werden gesamtschweizerisch gut die Hälfte aller dieser Daten erhoben. Die Qualität und Aussagekraft dieser neuen Statistik – insbesondere auch zu den Daten im ambulanten Bereich der Spitäler – sind kaum erforscht. Das Obsan wird im Laufe des Jahres erste Erfahrungen hierzu gewinnen.

Für den stationären Bereich ist ausserdem eine ergänzende Erhebung zur SGB geplant. So soll in Zukunft u.a. der psychische Gesundheitszustand Betagter in sozialmedizinischen Institutionen erhoben werden. Diese Bevölkerungsgruppe wird in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nicht berücksichtigt, da ausschliesslich Personen aus Privathaushalten befragt werden.

2 Psychische Gesundheit

2.1 Psychische Ausgeglichenheit¹

Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit fühlen sich meistens ruhig, gelassen, im Gleichgewicht und praktisch jeden Tag voller Kraft und Optimismus.² Sie berichten selten über Niedergeschlagenheit, schlechte Laune, Anspannung, Gereiztheit oder Nervosität. Personen, die sich als psychisch unausgeglichen erleben, fühlen sich nur selten ruhig, optimistisch und voller Kraft. Sie sind oft oder fast täglich niedergeschlagen, schlecht gelaunt, angespannt und gereizt.

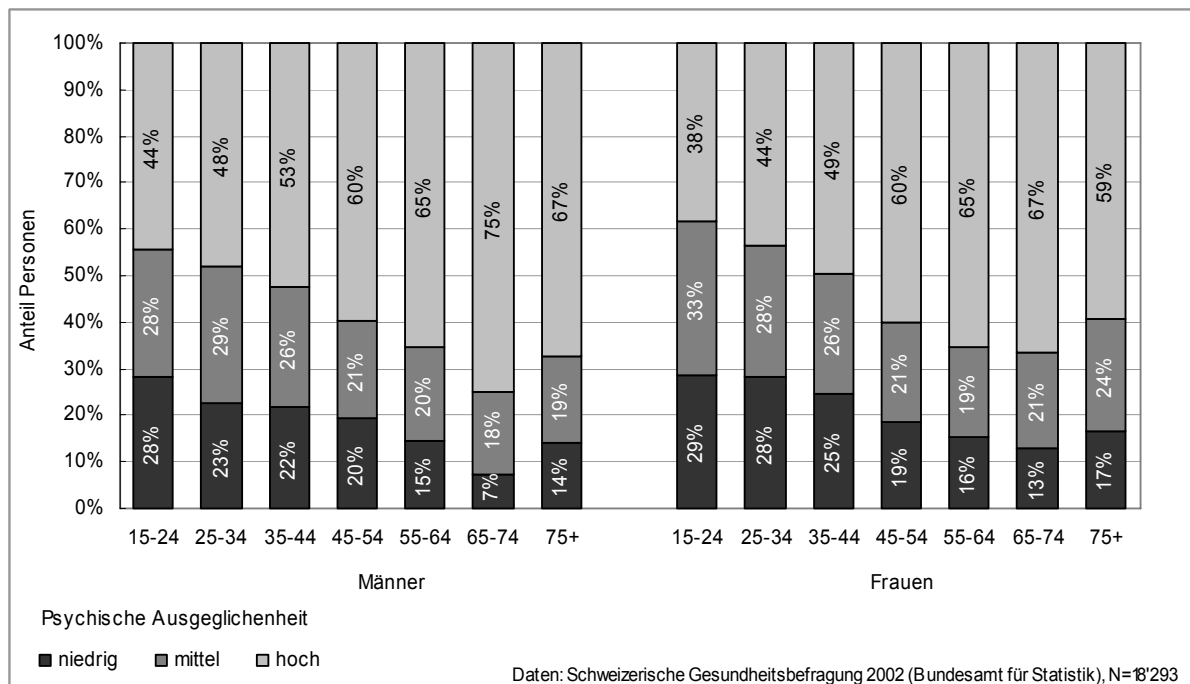


Abb. 2.1 Psychische Ausgeglichenheit nach Geschlecht und Alter, 2002

Betrachtet man das psychische Gleichgewicht über die Lebensspanne, fällt eine Verbesserung mit zunehmendem Alter auf (Abb. 2.1). Junge Männer und Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren berichten zu gut 40% von einer hohen psychischen Ausgeglichenheit. Dieser Anteil nimmt bis zum Alter von 74 Jahren stetig zu und geht bei Personen ab 75 Jahren wieder etwas zurück. In erster Linie scheinen die Jüngeren in ihrer psychischen Ausgeglichenheit beeinträchtigt. Fast jede dritte Person zwischen 15 und 24 Jahren fühlt sich oft unruhig, angespannt und gereizt.

Die Entwicklung über die Altersgruppen erfolgte für die drei Erhebungsjahre der Schweizerischen Gesundheitsbefragung annähernd parallel. Bemerkenswerterweise war im Jahr 1992 der Anteil der 15- bis 24-Jährigen mit niedriger psychischer Ausgeglichenheit noch höher als

¹ Im ersten Monitoring-Bericht (Rüesch & Manzoni, 2003) hiess dieser Index „psychisches Wohlbefinden“. Für die SGB-Erhebung 2002 wurde er von „psychisches Wohlbefinden“ in „psychische Ausgeglichenheit“ umbenannt.

² SANPSY-Skala (Weiss et al., 1990), vgl. Indikatoren Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Indices: Beschreibung und Konstruktion S. 29. Der Index unterscheidet zwischen den Kategorien „gut“, „mittel“ und „schlecht“. Er wurde für die Befragung 2002 umbenannt von „psychisches Wohlbefinden“ zu „psychische Ausgeglichenheit“, Aufbau und Struktur sind identisch geblieben.

der Anteil Gleichaltriger mit hoher Ausgeglichenheit. In der höchsten Altersgruppe zeichnet sich erst 2002 eine Abnahme der hohen bzw. eine Zunahme der niedrigen Ausgeglichenheit ab.

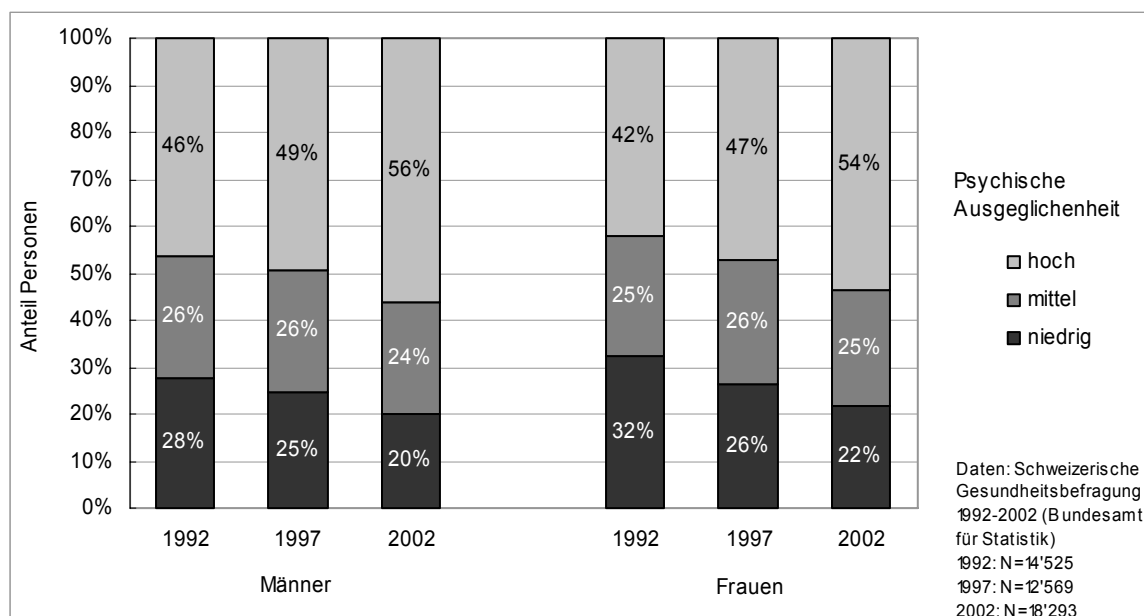


Abb. 2.2 Psychische Ausgeglichenheit nach Geschlecht, 1992–2002

Abbildung 2.2 zeigt eine kontinuierliche Zunahme der hohen psychischen Ausgeglichenheit über die drei Erhebungsjahre der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Im Jahr 2002 fühlte sich über die Hälfte der Befragten emotional stabil, 10 Jahre zuvor waren es knapp 45%. In der Abbildung wird deutlich, dass die Verbesserung des psychischen Gleichgewichts primär mit einer Abnahme der niedrigen psychischen Ausgeglichenheit einhergeht, während die mittlere Ausgeglichenheit ungefähr konstant bleibt. Männer schätzen sich im Durchschnitt nach wie vor eher ausgeglichener ein als Frauen.

2.2 Psychisches Wohlbefinden

Eine Person erlebt Wohlbefinden, wenn ihre Ressourcen dazu ausreichen, den physischen, psychischen und sozialen Anforderungen zu genügen. Personen mit hohem psychischen Wohlbefinden erfreuen sich am Leben, schätzen ihre Zukunftsperspektiven als gut ein, erachten ihr Leben als sinnvoll und kommen mit Dingen zurecht, die im Leben nicht zu ändern sind.¹

Rund 60% der Befragten erfreuen sich eines hohen psychischen Wohlbefindens (Abb. 2.3). Die Befragten mittleren Alters berichten relativ zu den Älteren und Jüngeren etwas weniger von entsprechendem Wohlergehen. Übereinstimmend mit der psychischen Ausgeglichenheit scheinen die Männer sich tendenziell eher wohler zu fühlen als die Frauen.

¹ OPTIMISM-Skala (Grob et al., 1990), vgl. Indikatoren Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Indices: Beschreibung und Konstruktion, S.30. Dieser Index wurde für 2002 umbenannt von „positive Lebenseinstellung“ zu „psychisches Wohlbefinden“ (niedrig, eher niedrig, eher hoch, hoch). In der Befragung von 1997 wurde diese Frage lediglich den 15 bis 24-jährigen Personen gestellt.

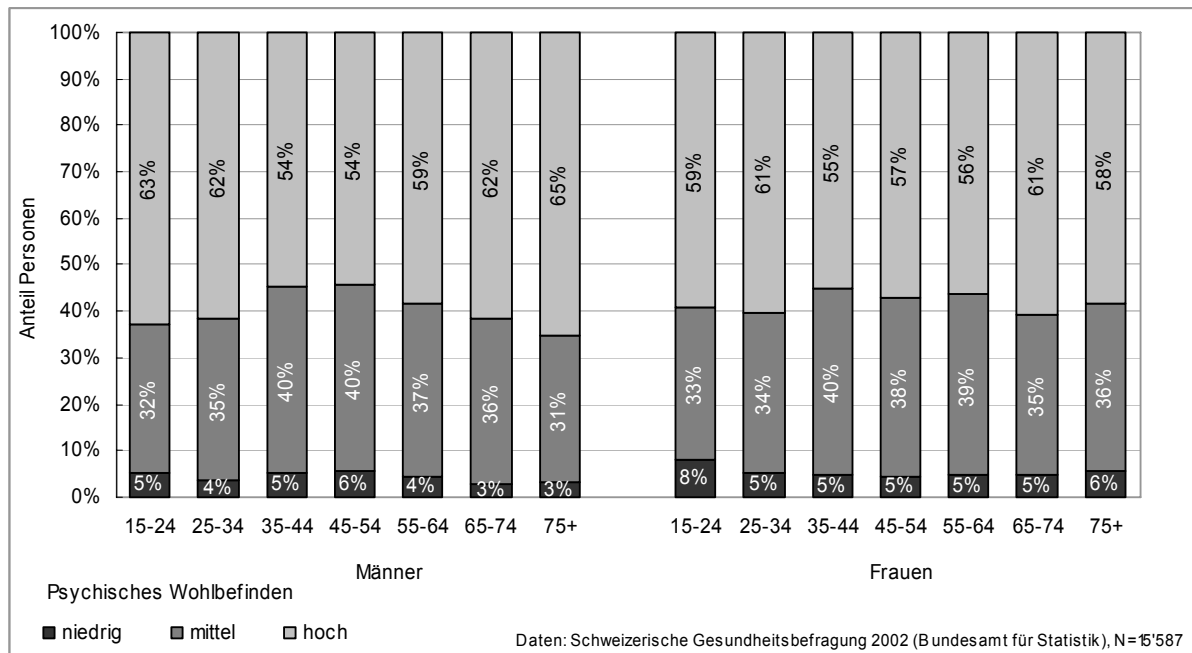


Abb. 2.3 Psychisches Wohlbefinden nach Geschlecht und Alter, 2002

Das psychische Gleichgewicht (Abb. 2.1) sowie das Wohlbefinden (Abb. 2.3) scheinen bei den älteren Personen ausgeprägter zu sein. Das trifft zumindest auf diejenigen zu, die zuhause wohnen, da ja die in Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen in der Gesundheitsbefragung nicht erfasst werden (vgl. Kapitel 1.5). Obwohl die jungen Personen die geringste Ausgeglichenheit ausweisen, berichten sie mehrheitlich von hohem psychischen Wohlbefinden. Der geringere Grad der Ausgeglichenheit könnte die Anforderungen an jüngere Personen reflektieren, sich in die Gesellschaft der Erwachsenen einzufügen und ihren Platz im Erwachsenen-, Erwerbs- und Familienleben zu finden. Es gilt, verschiedene normative Entwicklungsaufgaben zu meistern – wie Pubertät, körperliche Reifung oder Identitätsfindung – was mit psychischer Instabilität einhergehen kann. Auf der anderen Seite wirken sich die Zukunftsperspektiven, die Lebensfreude und die zunehmende Unabhängigkeit vermutlich positiv auf das psychische Wohlbefinden aus.

3 Psychische Probleme und Krankheit

3.1 Leichte psychische Beschwerden

Zu leichten psychischen Beschwerden zählen Gefühle der Schwäche und Müdigkeit, der Unausgeglichenheit, Nervosität, des Pessimismus und der Energielosigkeit, der Niedergeschlagenheit und Verstimmung sowie Ein- und Durchschlafstörungen.

Gut jede/r Zehnte berichtet, in der vergangenen Woche an mindestens 3 bis 4 Tagen unter Pessimismus, Nervosität und/oder Unausgeglichenheit gelitten zu haben (Tab. 3.1). Etwas weniger Personen fühlten sich niedergeschlagen, müde oder hatten Schlafstörungen. Insgesamt hatte etwa jede dritte Person im vorangegangenen Monat mindestens ein leichtes psychisches Problem. Frauen sind häufiger von den erwähnten psychischen Beschwerden betroffen als Männer. Der deutlichste Geschlechterunterschied zeigt sich bei den Schlafstörungen und Schwäche/Müdigkeit.

Tab. 3.1 Leichte psychische Probleme nach Geschlecht, 2002

Psychisches Problem	Intensität/ Häufigkeit	Männer	Frauen	N=Anzahl Personen
Pessimismus, Energielosigkeit	alle Tage/ 3-4 Tage ¹	14.3%	16.3%	18519
Nervosität, Spannungen	alle Tage/ 3-4 Tage ¹	10.4%	10.8%	18587
Unausgeglichenheit	alle Tage/ 3-4 Tage ¹	10.0%	11.2%	18588
Niedergeschlagenheit, Verstimmung	alle Tage/ 3-4 Tage ¹	5.2%	7.2%	18642
Ein- und Durchschlafstörung	stark ²	5.0%	9.1%	19689
Schwäche, Müdigkeit	stark ²	5.0%	8.1%	19684
Mindestens 1 Problem		29.4%	33.7%	18719

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (BFS)

¹ Bezieht sich auf die vorangegangene Woche.

² Bezieht sich auf die vorangegangenen vier Wochen.

Neben der Geschlechter- zeigt sich auch eine gewisse Altersabhängigkeit bezüglich leichter psychischer Probleme (Abb. 3.1). Am häufigsten berichten die 15- bis 24-Jährigen und die über 75-Jährigen – insbesondere die Frauen – von leichten Beschwerden. Bis zum 64. bzw. 74. Lebensjahr sinkt das Vorkommen bei Frauen und Männern und nimmt danach wieder zu. Im Alter von 65 bis 74 Jahren lässt sich die grösste Differenz zwischen den Geschlechtern erkennen, welche auch bei den Älteren noch relativ gross bleibt.

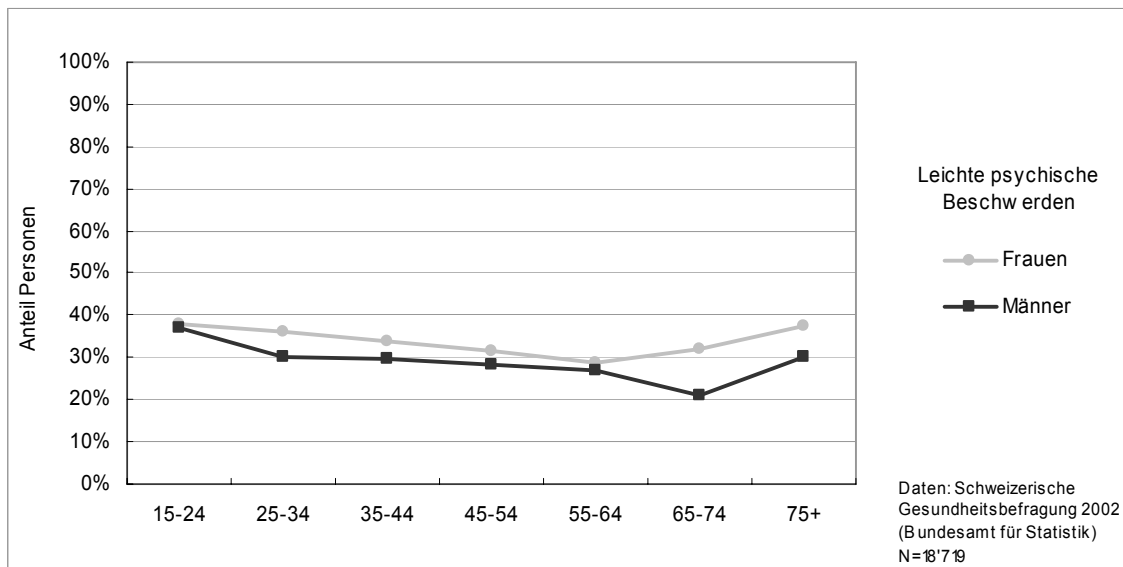


Abb. 3.1 Häufigkeit leichter psychischer Beschwerden nach Geschlecht und Alter, 2002

Abbildung 3.2 bildet die kontinuierliche Abnahme leichter psychischer Beschwerden über die letzten Erhebungsjahre der Schweizerischen Gesundheitsbefragung ab. Während vor 10 Jahren über 40% der Befragten von entsprechenden Problemen berichteten, sind es 2002 noch gut 30%. Im Zeitvergleich fällt erneut der Geschlechterunterschied auf: In allen drei Erhebungsjahren sind rund 5% mehr Frauen von leichten psychischen Beschwerden betroffen als Männer.

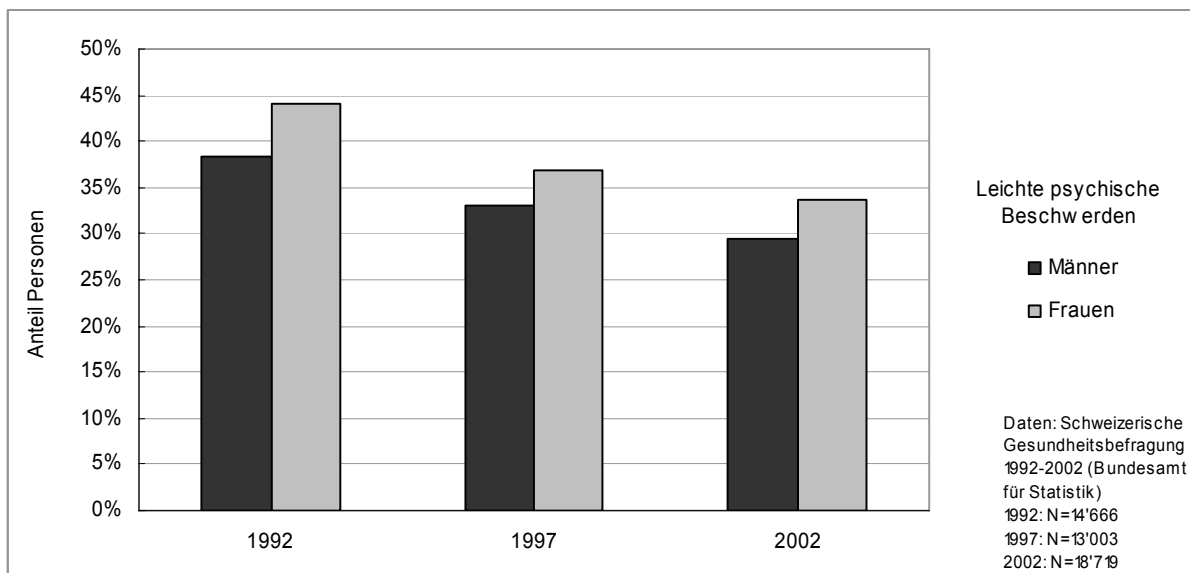


Abb. 3.2 Leichte psychische Beschwerden nach Geschlecht, 1992–2002

3.2 Chronische psychische Probleme mit Alltagsbeeinträchtigung

Leichte psychische Probleme können sich zu chronischen, einschränkenden Leiden entwickeln. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung werden die interviewten Personen auch auf solche schwereren psychischen Probleme angesprochen und sie werden ausserdem nach dem Ursprung der Leiden gefragt, den sie u.a. als rein psychisch oder auch als psychisch sowie körperlich einschätzen können.

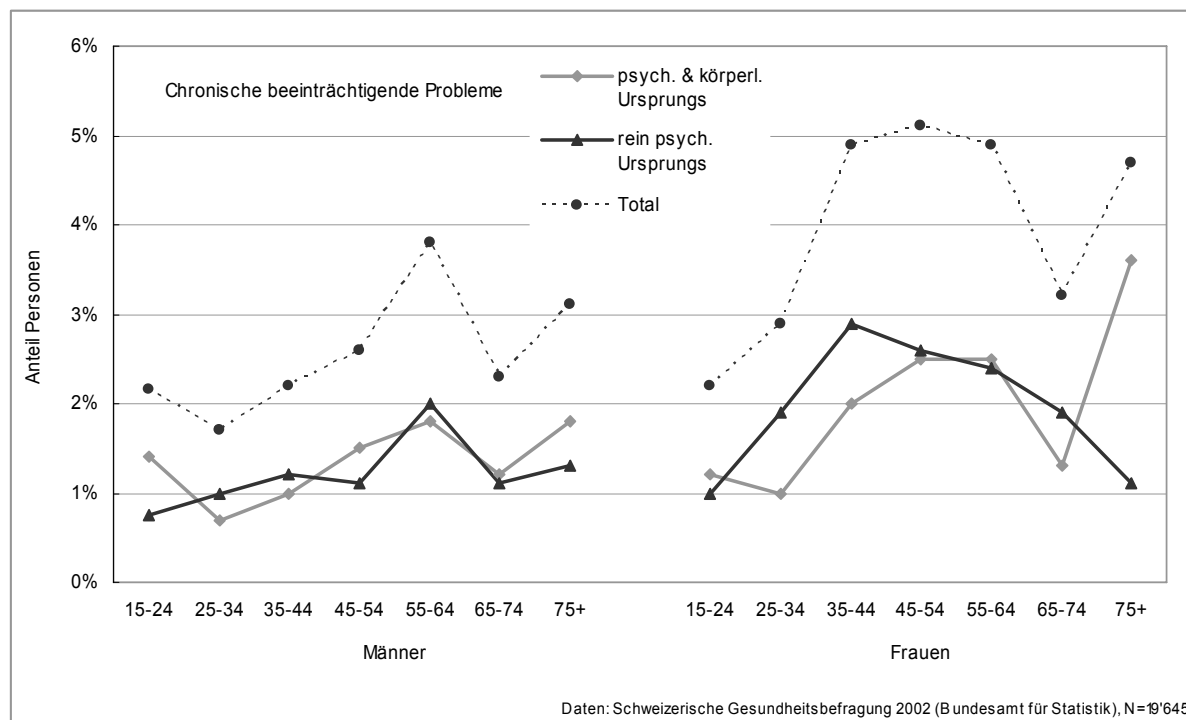


Abb. 3.3 Chronische alltagsbeeinträchtigende Probleme die (ganz od. teilweise) psychisch bedingt sind, nach Geschlecht und Alter, 2002

Im Jahr 2002 berichten in der Schweiz 4% der befragten Frauen (dies entspricht insgesamt etwa 124'000 Frauen) und 2.5% der Männer (rund 72'000 Männer) von psychischen Problemen, die schon länger als ein Jahr andauern und durch die sich diese Personen zudem in ihrem Alltag beeinträchtigt fühlen. Die Häufigkeit solcher psychischer Probleme (über die Lebensspanne betrachtet) ist abhängig von deren Entstehungsbedingungen¹. Der Verlauf der Häufigkeiten psychischer Probleme, welche als rein psychisch bedingt wahrgenommen werden, unterscheidet sich vom Verlauf der Häufigkeiten psychischer Probleme, deren Ursprung als psychisch sowie körperlich eingeschätzt wird (Abb. 3.3). Chronische rein psychisch bedingte Beschwerden sind im mittleren Alter (35 bis 64 Jahre) am meisten verbreitet; bei den Männern gegen Ende, bei den Frauen tendenziell zu Beginn dieser Altersgruppe. Probleme mit psychischer sowie körperlicher Ursache sind im höheren Alter am häufigsten. Frauen berichten praktisch in allen Altersgruppen von mehr Problemen als Männer. Am deutlichsten sind die Differenzen bei Beschwerden rein psychischen Ursprungs im Alter rund um

¹ Entstehungsbedingungen entsprechend der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002, telefonischer Fragebogen: Ist das [Problem] Ihrer Meinung nach körperlich oder psychisch bedingt? Antwortmöglichkeiten: körperlich bedingt, psychisch bedingt, beides, weder körperlich noch psychisch.

40 Jahre. Auffallend ist zudem der Unterschied zwischen Männern und Frauen betreffend psychisch sowie körperlich bedingten Beschwerden bei den 75-Jährigen. Ebenfalls augenfällig ist die Differenz zwischen den Beschwerden unterschiedlichen Ursprungs bei den Frauen ab 75 Jahren. Entsprechend den Angaben scheint es für diese Frauen eher selten rein psychisch bedingte Beschwerden zu geben (bei 1% der Frauen), die Probleme sind verhältnismässig oft psychisch sowie körperlich bedingt (bei 3.6% der Frauen).

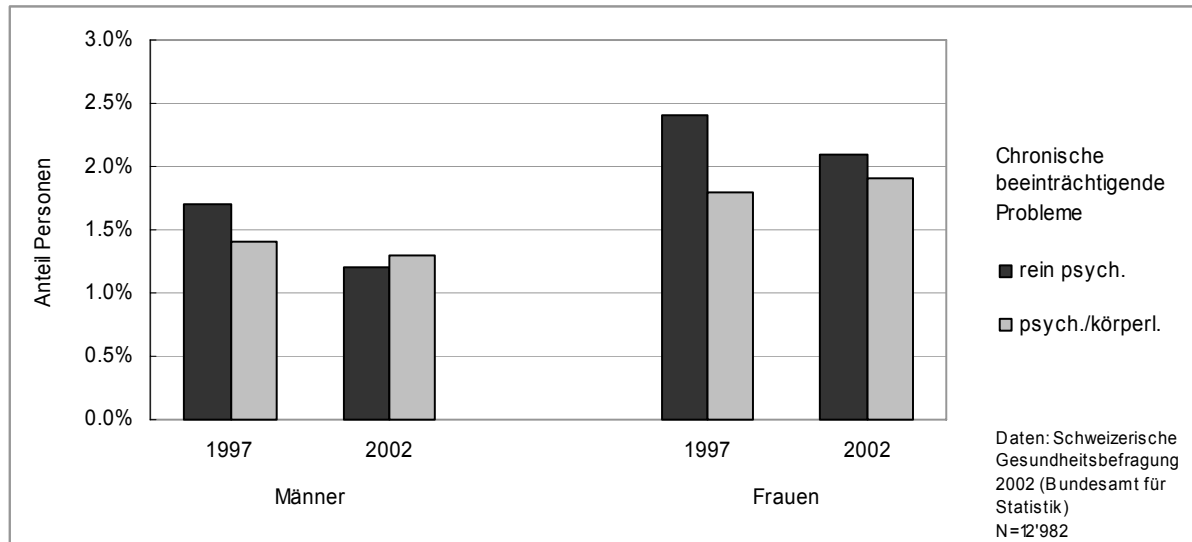


Abb. 3.4 Chronische Probleme mit mind. teilweise psychischer Ursache nach Geschlecht, 1997 und 2002

Im Vergleich zum Jahr 1997 hat die Betroffenheit durch rein psychisch bedingte Probleme im 2002 abgenommen. Die Entwicklung der psychisch sowie körperlich bedingten Beschwerden blieb für diese zwei Zeitperioden eher konstant (Abb. 3.4).

Die Häufigkeit chronischer Probleme mit ganz oder teilweise psychischem Ursprung wird in einer Erhebung, die auf Selbsteinschätzung beruht, vermutlich unterschätzt. Es muss damit gerechnet werden, dass nicht alle Betroffenen bereit sind, den Ursprung ihres Leidens als psychisch zu bezeichnen.

3.3 Depression

Im Jahr 2002 wurde zum ersten Mal in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung die depressive Stimmung der befragten Personen – im Sinn der psychiatrischen Epidemiologie – mittels 10 Fragen eingeschätzt¹. Durch einen Index, der auf der Grundlage verschiedener psychiatrisch definierter Symptome aufgebaut ist, konnte für jede Person ein Symptomwert ermittelt werden (Wittchen, 2000, 2001).

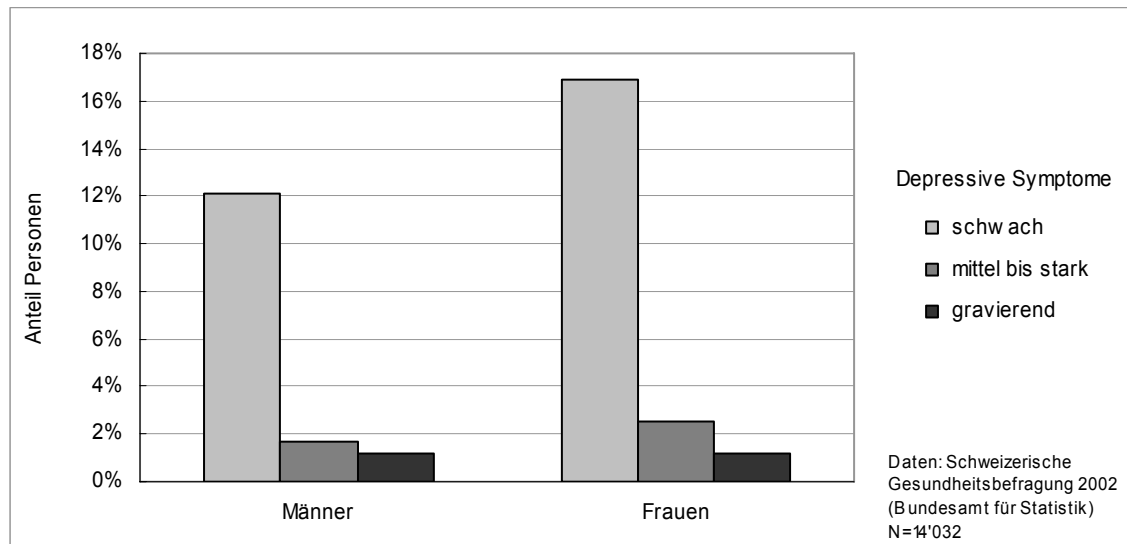


Abb. 3.5 Depressive Symptome nach Geschlecht, 2002

In Abbildung 3.5 sind die depressiven Symptome eingeteilt in „schwach“, „mittel bis stark“ und „gravierend“. Knapp 15% der Befragten erlebten in den zwei Wochen vor der Befragung schwache Symptome einer Depression. Über 3%, rund 250'000 Personen, litten an mittleren bis gravierenden Symptomen. Bei diesen Schweregraden spricht man von einer ernsthaften Depression, bei der ein gutes soziales Netzwerk und unterstützende Vertrauenspersonen als Hilfen nicht ausreichen, sondern eine Behandlung durch eine Fachperson erforderlich wäre.

¹ Während der letzten zwei Wochen... 1) Haben Sie sich da die meiste Zeit des Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt? 2) Haben Sie Ihr Interesse an fast allem verloren, oder konnten Sie sich nicht mehr über Dinge freuen, die Ihnen sonst Freude bereiteten? 3) Haben Sie sich müde, erschöpft oder ohne Energie gefühlt (auch, wenn Sie nicht hart gearbeitet haben)? 4) Haben Sie Ihren Appetit verloren oder erheblich an Gewicht verloren? 5) Hatten Sie Schwierigkeiten einzuschlafen, durchzuschlafen oder sind Sie zu früh aufgewacht? 6) Haben Sie langsamer gesprochen oder sich langsamer bewegt als gewöhnlich? 7) War Ihr sexuelles Interesse geringer als gewöhnlich oder hatten Sie gar kein sexuelles Verlangen mehr? 8) Haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren, sich wertlos oder schuldig gefühlt, oder machten Sie sich unbegründet Selbstvorwürfe? 9) Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. beim Lesen oder Fernsehen) oder alltägliche Entscheidungen zu treffen? 10) Haben Sie viel über den Tod nachgedacht oder dachten Sie daran, sich das Leben zu nehmen?

Die Verteilung der mittleren bis gravierenden Symptome ist über das Geschlecht und auch über das Alter in etwa konstant (Abb. 3.6). Auffallend sind die Differenzen bei den schwachen Anzeichen, von denen die Frauen deutlich häufiger berichten. Über die Lebensspanne betrachtet, sind es die Jungen und insbesondere die Älteren und Betagten, die vermehrt schwache Symptome rückmelden.

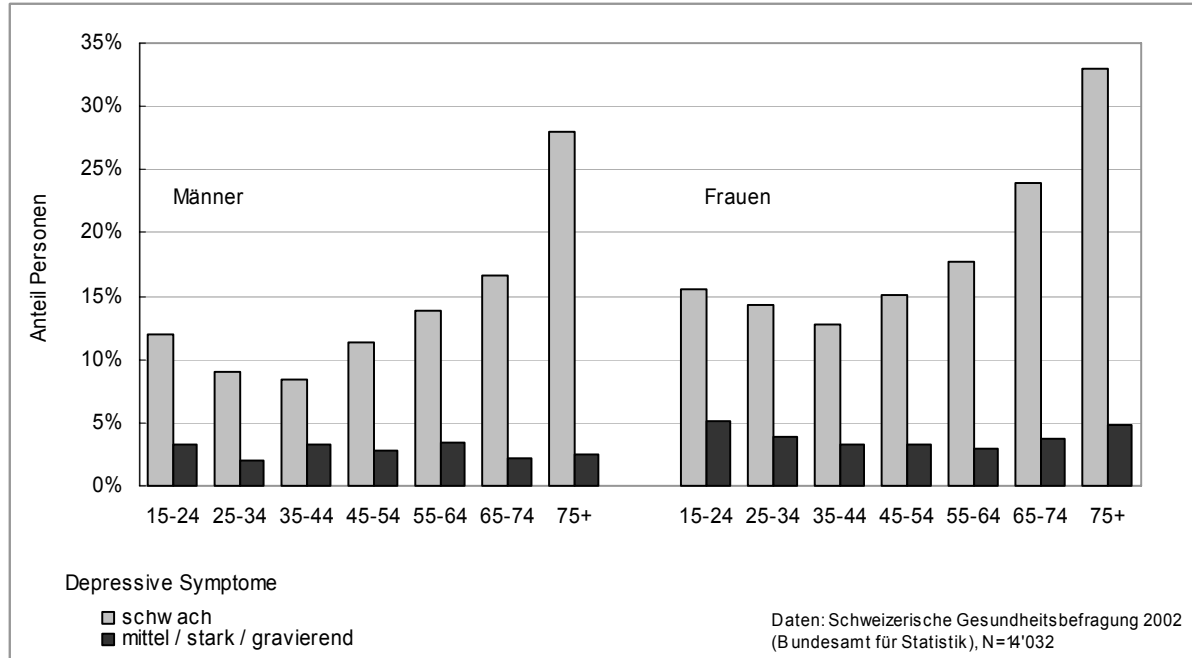


Abb. 3.6 Depressive Symptome nach Geschlecht und Alter, 2002

4 Inanspruchnahme von Behandlungen

4.1 Psychische Krankheit und Inanspruchnahme

Die meisten Schweizer und Schweizerinnen suchen mindestens einmal pro Jahr einen Arzt oder eine Ärztin auf (Tab. 4.1). Explizit wegen eines psychischen Problems liessen sich 2002 wie schon 1997 nur wenige Personen behandeln: 6% der Frauen und 3% der Männer. Dabei sind auch Besuche bei nicht-ärztlichen Fachpersonen wie zum Beispiel beim Psychologen oder bei der Psychologin mitberücksichtigt.

Erwartungsgemäss nimmt die Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Leistungen mit zunehmendem Schweregrad der psychischen Leiden zu. Unter den Frauen mit chronischen Problemen lässt sich über die Hälfte, unter den betroffenen Männern gut 40% behandeln. Das bedeutet, dass nur knapp jede zweite Person mit chronisch psychischen oder psychisch-körperlichen Leiden *deswegen* eine Behandlung in Anspruch nimmt. Aber ungefähr 90% der Befragten mit psychischen Leiden war in den vorangegangenen 12 Monaten bei einem Arzt. Dabei handelt es sich vermutlich meist um einen Besuch beim Hausarzt oder bei der Hausärztin. Diesen in der Grundversorgung tätigen Ärzten und Ärztinnen kommt somit die wichtige Aufgabe zu, allfällige psychische Anteile einer Erkrankung zu erkennen und den Patienten oder die Patientin gegebenenfalls an eine geeignete Fachperson zu überweisen.

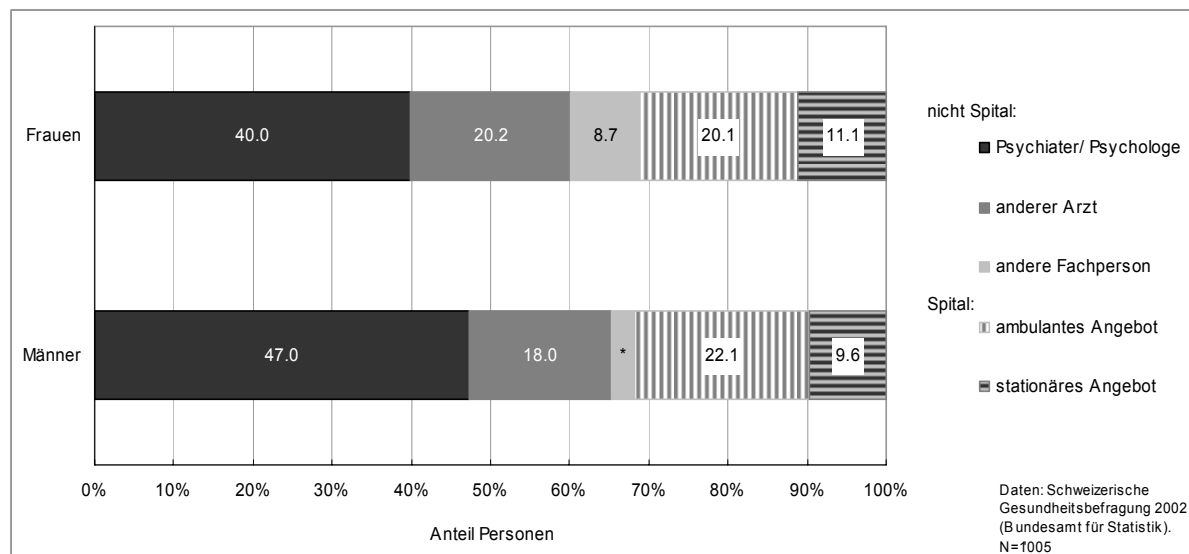
Tab. 4.1 Arztbesuch in den letzten 12 Monaten oder Behandlung wegen eines psychischen Problems nach Geschlecht, 2002

	Arztbesuch		Behandlung wegen eines psychischen Problems	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alle Befragten	71.3%	82.1%	2.9%	6.0%
Personen mit:				
• geringer psychischer Ausgeglichenheit	76.0%	86.6%	7.8%	14.0%
• psychischem Problem seit mehr als 12 Monaten	87.2%	93.2%	42.1%	51.2%

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (Bundesamt für Statistik), N=18'276-19'698

Um wegen eines psychischen Problems professionelle Hilfe zu bekommen, wenden sich gut zwei Drittel der Betroffenen an Fachpersonen in Privatpraxen, insbesondere an Psychiater/innen oder Psychologen/innen. Ein weiteres knappes Drittel sucht Behandlungsangebote auf, die an eine Klinik gebunden sind. Dabei handelt es sich überwiegend um ambulante Angebote (Abb. 4.1).

Männer scheinen sich etwas häufiger an Spezialisten/innen zu wenden, d.h. an Psychiater/innen oder Psychologen/innen, während Frauen sowie ältere Personen vermehrt Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Fachbereichs Psychiatrie aufsuchen.



* N<10

Abb. 4.1 Art der Behandlung aufgrund psychischer Probleme

4.2 Behandlung psychischer Probleme

Knapp 3% der Männer und 6% der Frauen der schweizerischen Wohnbevölkerung haben gemäss telefonischer Befragung in den vergangenen 12 Monaten zur Behandlung eines psychischen Problems eine Fachperson aufgesucht¹ (Abb. 4.2). Bei beiden Geschlechtern finden die meisten Besuche im Alter von 35 bis 44 Jahren statt.

Bei den Frauen zeigt sich ein ähnliches Bild, wenn sie in der schriftlichen Befragung nach einer Behandlung einer Depression/eines Nervenzusammenbruchs gefragt werden². Allerdings verschiebt sich die maximale Häufigkeit in die Altersklasse der 45- bis 54-Jährigen. Bei den Männern gibt es zwei Höhepunkte in zwei Altersklassen, einerseits bei den 35 bis 44 und andererseits bei den 55- bis 64-Jährigen. Über die Altersklassen hinweg berichten rund 4% der Männer und knapp 6% der Frauen von einem entsprechenden Arztbesuch wegen Depression/Nervenzusammenbruch.

¹ Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, telefonische Befragung: Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen eines psychischen Problems? Diese Frage wurde in der SGB 1992 noch nicht gestellt.

² Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, schriftliche Befragung: Sind Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung gewesen wegen einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten, oder sind Sie zurzeit in Behandlung? Antwortmöglichkeiten: Diabetes, Rheumatismus, Chronische Bronchitis, Hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenkrankheit, Krebs, Heuschnupfen/andere Allergie, *Nervenzusammenbruch/Depression*.

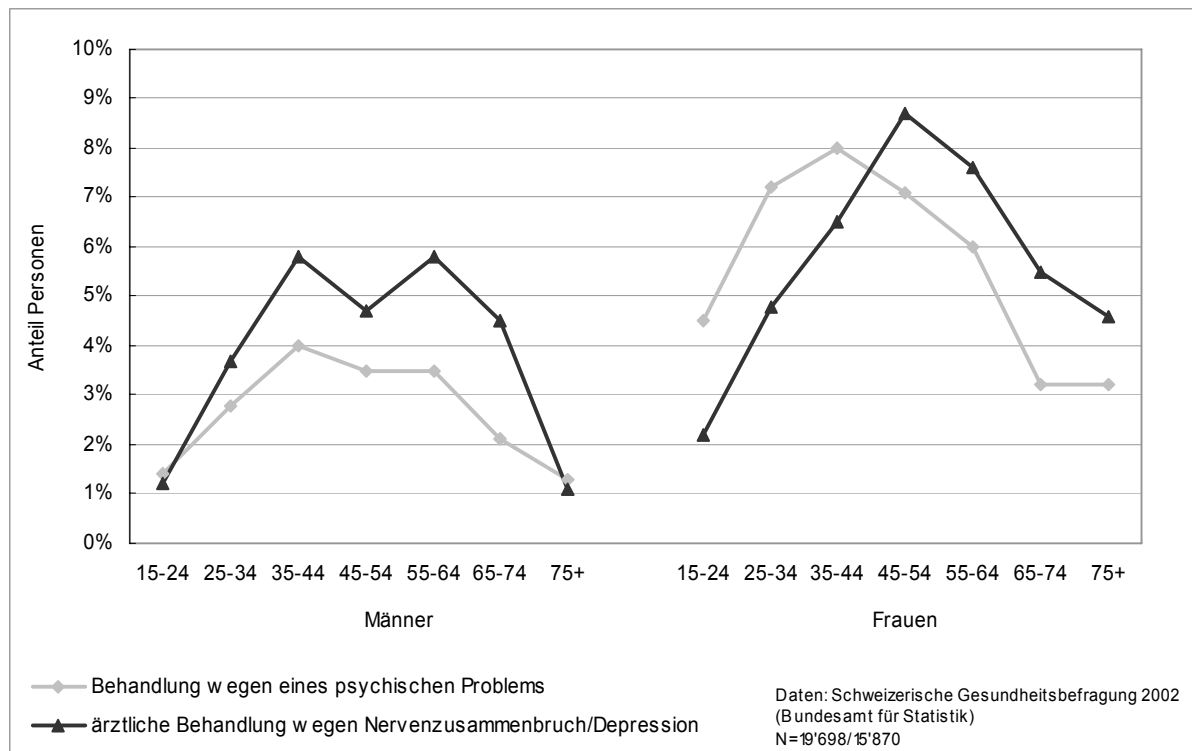


Abb. 4.2 Behandlung wegen eines psychischen Problems bzw. eines Nervenzusammenbruchs/Depression nach Geschlecht und Alter, 2002

Vergleicht man die Inanspruchnahme von Behandlungen wegen eines psychischen Problems zwischen 1997 und 2002, zeigt sich eine leichte Zunahme (4% vs. 4.5%), die auf eine vermehrte Inanspruchnahme bei den Frauen zurückzuführen ist (Abb. 4.3). Für die Behandlungen wegen Depression/Nervenzusammenbruch zeigt sich ebenfalls ein Anstieg der Inanspruchnahme von 4.7% im 1997 auf 5.1% im Jahr 2002. Dieses Ergebnis basiert nicht auf einer zunehmenden Nachfrage der Frauen, sondern auf einer gesteigerten Inanspruchnahme der Männer. Frauen begeben sich zwar insgesamt öfter in eine Behandlung wegen Depression als Männer, doch blieben die Zahlen zwischen 1997 und 2002 konstant. Bei den Männern lässt sich eine Zunahme dieser Behandlungen von 1% feststellen.

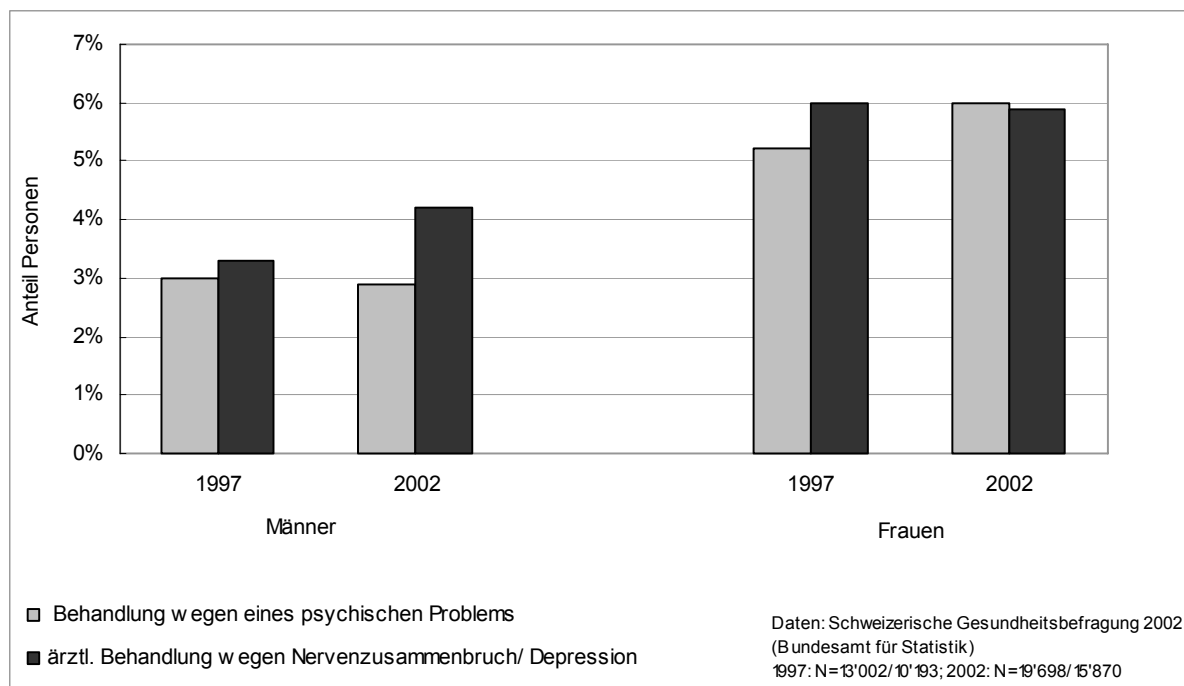


Abb. 4.3 Behandlung wegen eines psychischen Problems¹ bzw. eines Nervenzusammenbruchs/Depression², 1997 und 2002

Vergleicht man den Anteil Personen, die angeben, wegen Depression in Behandlung gewesen zu sein, mit dem Anteil Personen, die an einer behandlungsbedürftigen Depression leiden (vgl. Abschnitt 3.3), ergibt sich kein übereinstimmendes Bild. Unter den Personen mit mittleren bis starken Symptomen wurde eine von vier im Laufe des vergangenen Jahres wegen einer Depression behandelt. Bei der Gruppe mit gravierenden depressiven Symptomen suchte eine von zwei Personen (BFS, 2007, in Vorbereitung) eine Behandlung deswegen auf. Es gibt aber Evidenz dafür, dass Personen mit mittleren bis gravierenden Symptomen einer Depression, welche verneinen, wegen einer Depression in Behandlung zu sein, aufgrund anderer Gründe vermehrt medizinische Dienste in Anspruch nehmen.

4.3 Stationäre Behandlungen

Hospitalisierungsraten von Männern und Frauen

Psychische Probleme können einen Aufenthalt in einer Klinik erfordern³. Die psychiatrischen Kliniken der Schweiz verzeichneten 2004 insgesamt 47'555 neue Eintritte. Dies entspricht einer Rate von rund acht Hospitalisationen pro 1'000 Einwohner/innen (Männer: 8/1'000, Frauen: 7/1'000).

¹ Hier ist nur ein Vergleich zwischen den letzten zwei Erhebungen möglich, da diese Frage erst 1997 in die SGB aufgenommen wurde.

² Für das Jahr 1992 sind keine Angaben der Personen ab 75 Jahren verfügbar. Deshalb wurde auf eine Darstellung verzichtet.

³ Angaben zu stationären Behandlungen in psychiatrischen Kliniken sind der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2004 zu entnehmen. Es werden nachfolgend nur Behandlungen berücksichtigt, die im Jahre 2004 neu erfolgt sind und eine psychische Erkrankung als Hauptdiagnose haben (gemäss ICD-10, Kapitel 5, Kategorie F).

In Bezug auf die Hospitalisierungen zeigen sich deutliche Geschlechter- und Altersunterschiede (Abb. 4.4). Bei den Männern ist die Rate der stationären Behandlungen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren am höchsten (11/1'000 Einwohner) und bei den Frauen im Alter zwischen 35 bis 44 Jahren (9/1'000 Einwohnerinnen). In den entsprechenden Altersklassen entfallen die meisten Diagnosen bei den Männern auf Drogenmissbrauch und Schizophrenie, bei den Frauen hingegen auf depressive Störungen. Bei beiden Geschlechtern sinkt das Risiko für die Einweisung in eine psychiatrische Klinik bis zum Alter von 65 bis 74 Jahren und erreicht in dieser Altersklasse mit knapp 4 bzw. 5 Fällen pro 1'000 Einwohner/innen den Tiefstwert. Im Alter von 75 Jahren und mehr nimmt die Hospitalisierungsrate bei beiden Geschlechtern erneut zu. In dieser Altersgruppe beträgt die Rate bei beiden Geschlechtern rund 6 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohner/innen.

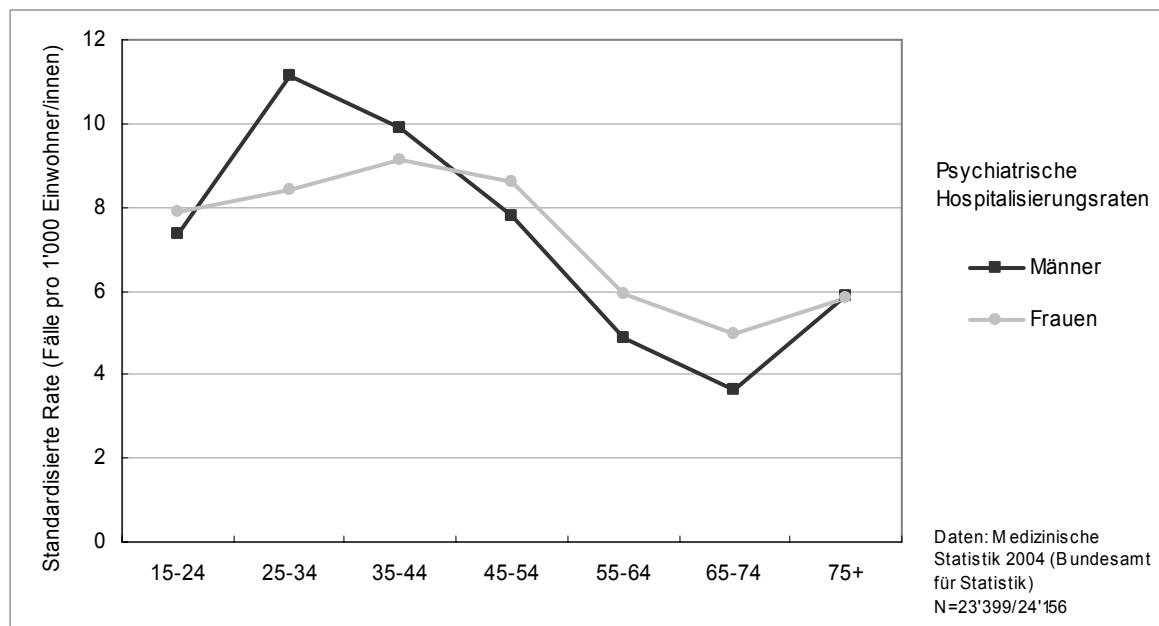


Abb. 4.4 Psychiatrische Hospitalisierungsraten nach Geschlecht und Alter, 2004

Vergleicht man die Hospitalisierungsraten der einzelnen Altersgruppen zwischen den Jahren 1998 (vgl. Rüesch & Manzoni, 2003) und 2004, stellt man eine deutliche Zunahme bei beiden Geschlechtern in allen Altersklassen fest. Insgesamt waren es 1998 5 Fälle pro 1'000 Einwohner/innen, dagegen 8 im Jahr 2004. Die Altersgruppen mit den meisten Hospitalisierungen sind in beiden Jahren dieselben geblieben (Männer: 25 bis 34 Jahre, Frauen: 35 bis 44 Jahre). Die Raten sind von 8 auf 11 pro 1'000 Einwohner und von 5 auf 9 Fälle pro 1'000 Einwohnerinnen gestiegen.

Häufigkeit der Diagnosen

Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeit der bei Klinikeinweisung gestellten Diagnosen (Abb. 4.5). Im Jahr 2004 sind die vier häufigsten Diagnosen bei den hospitalisierten Männern Schizophrenie, Alkoholmissbrauch, schwere Depression und Drogenmissbrauch. Bei Frauen steht die schwere Depression deutlich an erster Stelle, gefolgt von neurotischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie.

Das Auftreten psychischer Erkrankungen ist geschlechter- und altersabhängig. Schizophrenien werden besonders häufig bei Männern zwischen 15 und 44 Jahren diagnostiziert. Mit zunehmendem Alter sinkt die Schizophrenierate der Männer und ist nur noch geringfügig höher als jene der Frauen. Affekterkrankungen (d.h. manisch bipolare Störungen, schwere Depressionen und andere affektive Störungen) führen in allen Altersgruppen häufiger bei Frauen zu Klinikaufenthalten. Bei beiden Geschlechtern kommt es im mittleren Alter, d.h. zwischen 35 und 54 Jahren, zu den häufigsten Klinikaufenthalten aufgrund dieser Störungen.

Die Häufung von stationären psychiatrischen Behandlungen bei den 25- bis 34-jährigen Männern lässt sich zum einen durch die Häufigkeit diagnostizierter Schizophrenien erklären, zum anderen durch Klinikaufenthalte wegen Drogenmissbrauchs. Die Hospitalisierungsrate aufgrund von Drogenmissbrauch liegt bei den 25- bis 34-jährigen Männern bei 3 Fällen pro 1'000 Einwohner, bei den gleichaltrigen Frauen dagegen bei nur 1 Fall pro 1'000 Einwohnerinnen. Suchterkrankungen sind allgemein häufiger bei Männern als bei Frauen, so dass Erstere erwartungsgemäss häufiger wegen Alkoholmissbrauchs psychiatrisch behandelt werden. Für beide Geschlechter gilt jedoch, dass Alkoholmissbrauch in erster Linie eine Erkrankung des mittleren bis Pensionierungsalters (35–64 Jahre) ist.

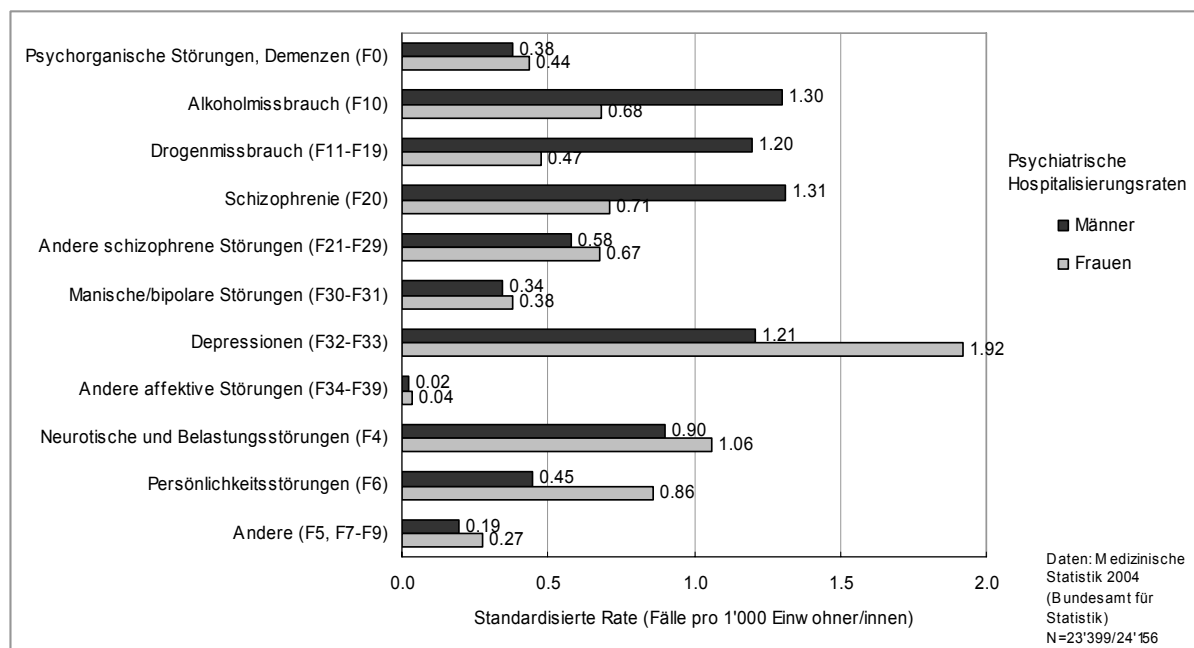


Abb. 4.5 Psychiatrische Hospitalisierungsraten nach Geschlecht und Hauptdiagnosen, 2004

Unterschiede zwischen Jahren und Regionen

In Abbildung 4.6 sind die Hospitalisierungsraten vierer Jahre dargestellt. Die Gesamtrate pendelt für die ausgewählten Jahre zwischen 7.5 und knapp 8 Fällen pro 1'000 Einwohner/innen. Der Geschlechterunterschied bleibt über die Jahre weitgehend unverändert. Frauen verzeichnen durchschnittlich 0.3 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohner/innen weniger als Männer.

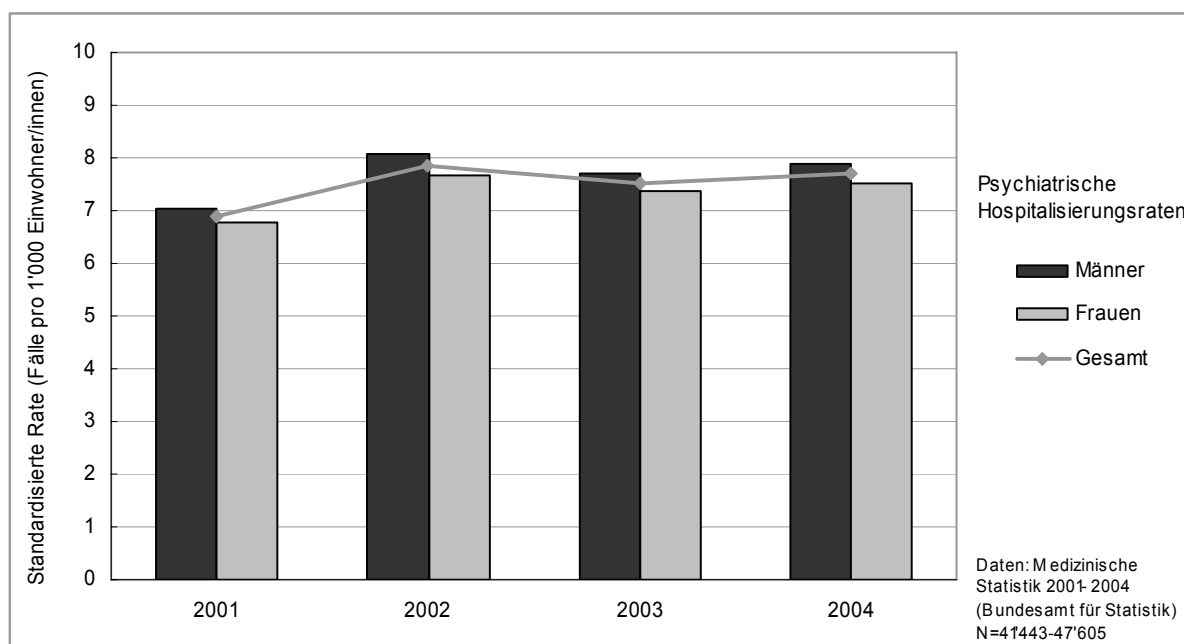


Abb. 4.6 Psychiatrische Hospitalisierungsraten nach Geschlecht, 2001–2004

Die psychiatrischen Hospitalisierungsraten sind in den Grossregionen der Schweiz unterschiedlich hoch und haben sich von 2001 bis 2004 auch unterschiedlich entwickelt (Abb. 4.7). Die mit Abstand tiefsten Hospitalisierungsraten von konstant gut 5 Fällen pro 1'000 Einwohner/innen weist die Zentralschweiz auf. Auffallend ist der Verlauf der Rate in der Region Genfersee, welche im Jahr 2002 mit über 9 Fällen pro 1'000 Einwohner/innen am meisten Hospitalisierungen verzeichnet, im Jahr 2004 dagegen mit knapp 7 Fällen pro 1'000 Einwohner/innen die zweitniedrigste Rate ausweist. In den Jahren 2003 und 2004 hat Zürich die höchste Rate (über 9/1'000), relativ dicht darauf folgt das Tessin (knapp 9/1'000). Mit Ausnahme der Genferseeregion bildet sich eine tendenzielle Zunahme der Hospitalisierungen in den Regionen ab. Die Genferseeregion deckt die drei Kantone Genf, Waadt und Wallis ab. Betrachtet man die Kantone einzeln, stellt man zwischen 2002 und 2003 eine starke Abnahme der Hospitalisierungsrate im Kanton Waadt und zwischen 2003 und 2004 ebenfalls eine Abnahme im Wallis fest. Im Gegenzug zeigt sich eine Zunahme der Hospitalisierungsraten im Kanton Genf (vgl. Einzelindikatorenmonitoring, Obsan, Indikator 6.1.2)¹.

¹ Die Angaben des vorliegenden Berichts sind nicht direkt mit den Daten zu den einzelnen Kantonen vergleichbar. Die Stichprobenselektion ist unterschiedlich. In den vorliegenden Bericht fliessen Fälle aus psychiatrischen Kliniken mit Haupt-F-Diagnosen ein, die kantonalen Auswertungen beziehen sich auf die Gesamtheit der Fälle aus psychiatrischen Kliniken (alle Diagnosen).
http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/6_1_2/2004/d/612.pdf

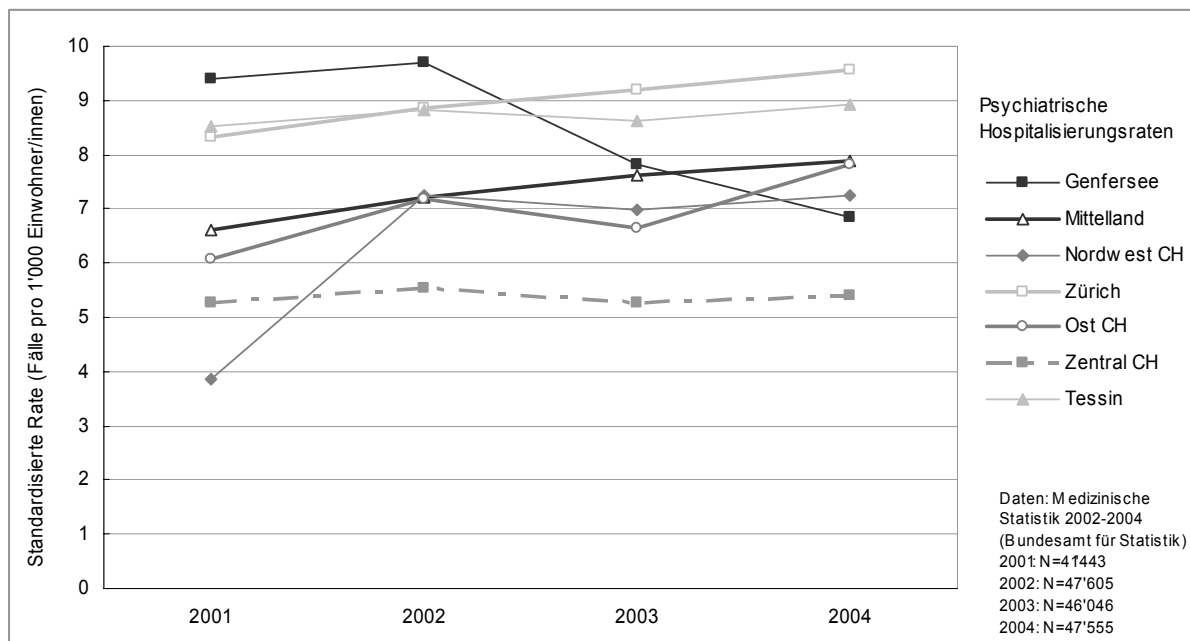


Abb. 4.7 Psychiatrische Hospitalisierungsraten nach Regionen, 2001–2004

Aufenthaltsdauer

Die mediane Aufenthaltsdauer¹ (pro Eintritt) in psychiatrischen Kliniken hat sich über die letzten Jahre nicht bedeutsam verändert (Abb. 4.8). Bei den Frauen liegt die Aufenthaltsdauer über die untersuchten vier Jahre bei konstant knapp 25 Tagen, bei den Männern sind es 21 Tage.

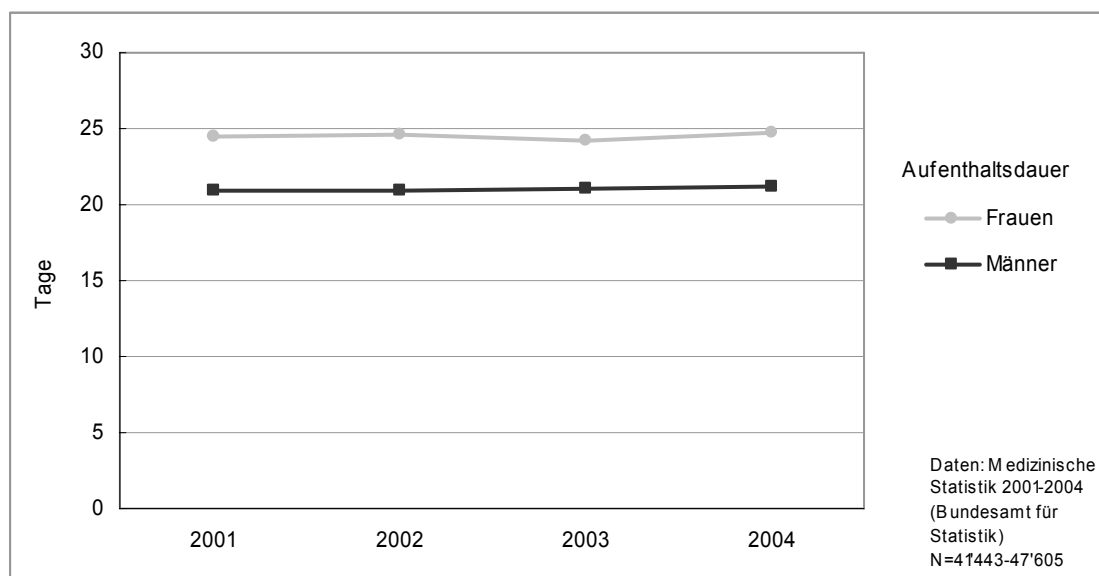


Abb. 4.8 Mediane Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie nach Geschlecht, 2001–2004

¹ Mediane Aufenthaltsdauer: Die eine Hälfte der Behandlungsfälle weist eine kürzere Aufenthaltsdauer auf, die andere Hälfte eine längere Aufenthaltsdauer.

Entsprechend stabil ist der Geschlechterunterschied von 3 bis 4 Tagen, der v.a. auf die längere Behandlungsdauer bei Frauen ab dem mittleren Alter zurückzuführen ist (Rüesch & Manzoni, 2003). Im mittleren und höheren Alter sind diese längeren Aufenthaltsdauern insbesondere auf die Diagnosegruppen Psychosen (F2) und Depressionen (F32–33) zurückzuführen (vgl. Einzelindikatorenmonitoring, Obsan, Indikator 8.1.2)¹.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt bei den Männern gut 56 und bei den Frauen knapp 68 Tage. Sie ist aufgrund weniger Fälle mit sehr langen Hospitalisationsdauern um einiges höher als die mediane Aufenthaltsdauer.

4.4 Behandlungsaufwand in psychiatrischen Kliniken

Behandlungsaufwand nach Geschlecht und Alter

Der in medizinischen Institutionen erbrachte Behandlungsaufwand lässt sich durch die Summe der geleisteten Pflegetage, d.h. das Pflegetagevolumen, innerhalb eines Jahres ausdrücken. Das Pflegetagevolumen setzt sich aus zwei Grössen zusammen: der Anzahl stationärer psychiatrischer Behandlungen (Hospitalisierungen) und der Dauer der Behandlung pro Hospitalisierung (Aufenthaltsdauer). Im Folgenden werden die Pflegetagevolumina als standardisierte Raten, d.h. als Pflegetagesummen pro 1'000 Einwohner/innen, dargestellt.

Im Jahr 2004 wurden in den psychiatrischen Kliniken der Schweiz 47'555 Neueintritte mit einer psychischen Erkrankung als Hauptdiagnose verzeichnet. Diese beanspruchten insgesamt eine Summe von 2'917'568 Pflegetagen bzw. rund 61 Pflegetage pro Behandlung. Umgerechnet auf die Schweizer Bevölkerung bedeutet das 471 Pflegetage in psychiatrischen Kliniken auf 1'000 Einwohner/innen.

Der Behandlungsaufwand in psychiatrischen Kliniken zeigt geschlechter- und altersspezifische Unterschiede (Abb. 4.9): Männer nehmen weniger Pflegetage in Anspruch als Frauen, was primär auf die kürzere Aufenthaltsdauer der Männer zurückzuführen ist. Die höchsten Pflegetagesummen zeigen sich bei den Männern im Alter von 25 bis 34 Jahren mit etwa 525 Tagen pro 1'000 Einwohner. Die Summen nehmen bis zum Alter von 74 Jahren kontinuierlich ab und steigen ab 75 Jahren erneut stark an. Bei den Frauen ist dieser Verlauf in weniger ausgeprägter Form ebenfalls erkennbar, wobei sich – neben der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre – eine zweite, noch etwas ausgeprägtere Spitze im Alter von 45 bis 54 Jahren zeigt (560 Tage pro 1'000 Einwohnerinnen).

¹ Die Angaben des vorliegenden Berichts sind nicht direkt mit den Daten zu den einzelnen Kantonen vergleichbar. Die Stichprobenselektion ist unterschiedlich. In den vorliegenden Bericht fliessen Fälle aus psychiatrischen Kliniken mit Haupt-F-Diagnosen ein, die kantonalen Auswertungen beziehen sich auf die Gesamtheit der Fälle aus psychiatrischen Kliniken (alle Diagnosen).
http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/8_1_2/2004/d/812.pdf

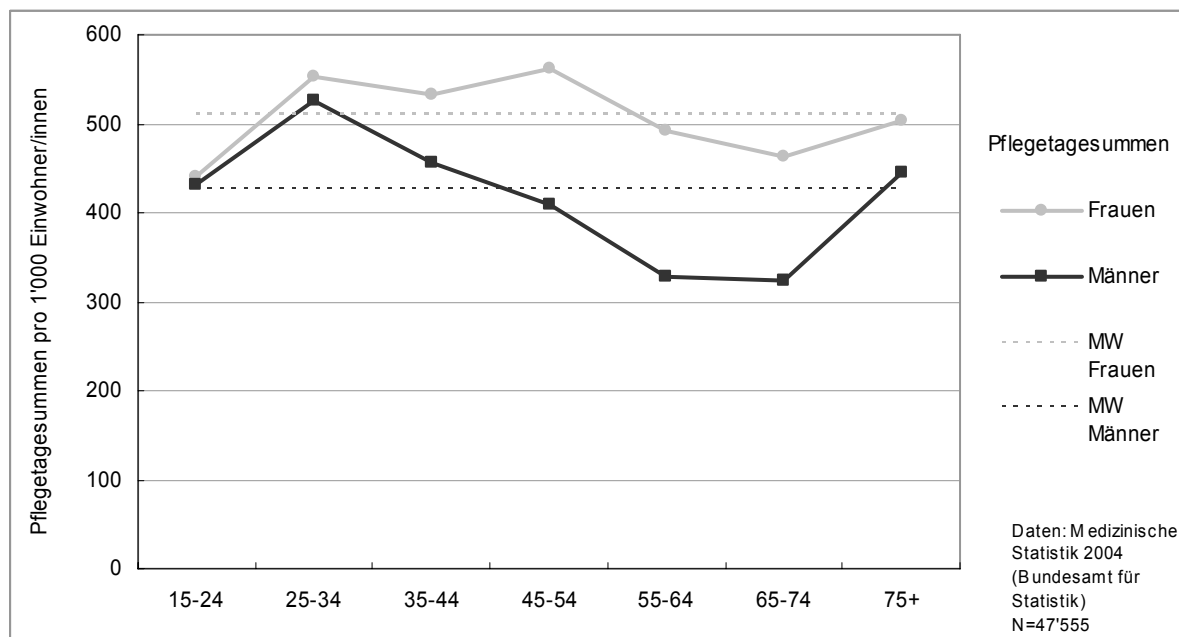


Abb. 4.9 Pflegetagesummen in psychiatrischen Kliniken nach Geschlecht und Alter, 2004

Behandlungsaufwand nach psychiatrischer Diagnose

Einige wenige Krankheitsbilder verursachen den grössten Teil der Pflegetage in der Psychiatrie. Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Abb. 4.10). Bei den Männern sind die vier pflegeintensivsten Diagnosen die Schizophrenie (156 Pflegetage/1'000 Einwohner), Depressionen (53 Pflegetage), Alkoholmissbrauch (41 Pflegetage) und andere schizophrene Störungen (37 Pflegetage). Diese vier Diagnosen verursachen bei den Männern zwei Drittel aller Pflegetage in psychiatrischen Institutionen (67%). Sie stimmen nahezu überein mit den am häufigsten diagnostizierten Fallzahlen bei hospitalisierten Männern (Schizophrenie, Alkoholmissbrauch, schwere Depression, Drogenmissbrauch; vgl. Abb. 4.5). Bei den Frauen machen die drei pflegeintensivsten Diagnosen gut die Hälfte aller Pflegetage in der Psychiatrie aus (55%). Es sind dies Schizophrenie (134 Pflegetage/1'000 Einwohnerinnen), Depressionen (94 Pflegetage) und psychoorganische Störungen, Demenzen (53 Pflegetage). Hier gibt es keine gänzliche Übereinstimmung zwischen diesen pflegeintensivsten Störungen und den häufigsten Fallzahlen mit Diagnosengruppen schwere Depression, neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie (vgl. Abb. 4.5).

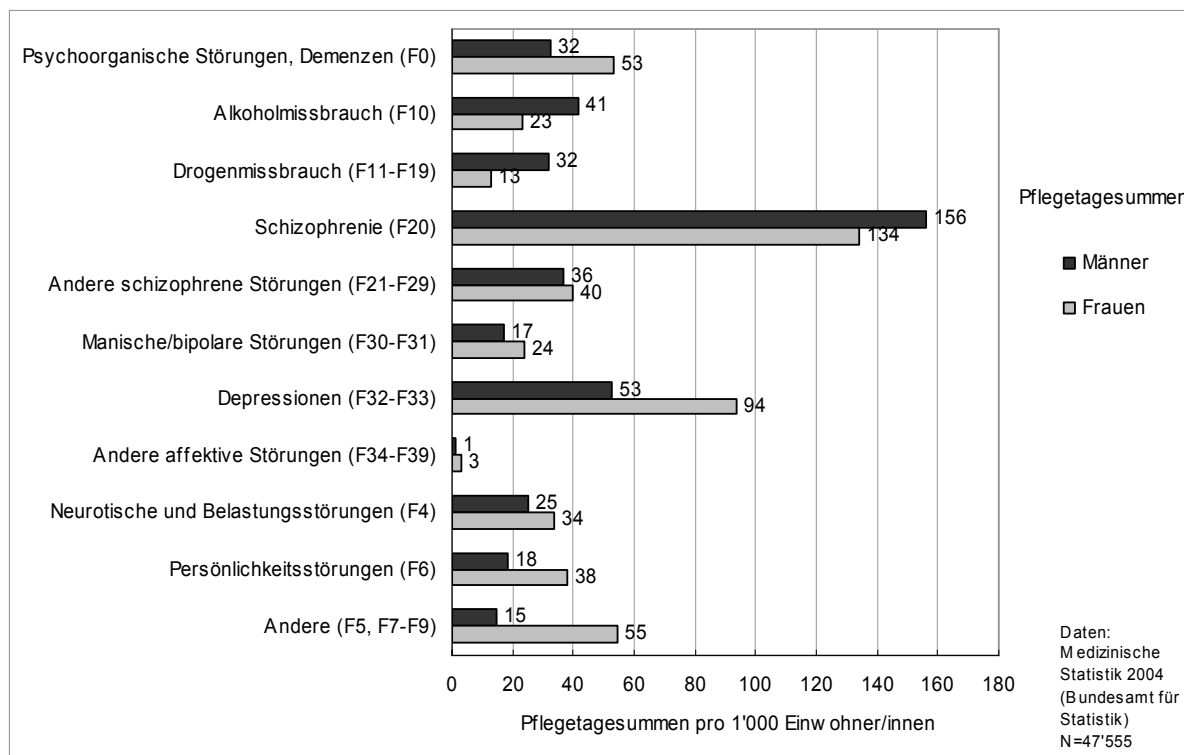


Abb. 4.10 Pflegetagesummen in psychiatrischen Kliniken nach Geschlecht und Diagnosen, 2004

Behandlungsaufwand nach Landesregionen

Schweizweit wurden im Jahre 2004 mit 471 Pflegetagen pro 1'000 Einwohner/innen in psychiatrischen Kliniken etwas mehr Pflegetage geleistet als 2001 mit 457 Pflegetagen (Abb. 4.11). Dieselbe Entwicklung widerspiegelt sich in vier von sieben Regionen, wobei die Regionen Zürich und Mittelland einen relativ starken Zuwachs verzeichnen (plus 109 bzw. 79 Pflegetage). Im Gegensatz dazu gab es in den Regionen Genfersee und Ostschweiz einen deutlichen Rückgang an Pflegetagen (minus 76 bzw. 72 Pflegetage). In der Region Genfersee kommt die Abnahme vermutlich¹ erneut aufgrund einer Abnahme der Pflegetage in den Kantonen Waadt und Wallis zustande (vgl. Abb. 4.7). Auffallend ist in beiden betrachteten Jahren eine hohe Anzahl an Pflegetagen in den Regionen Ostschweiz und Zürich, die mehr als 2.5mal höher liegt als in der Genferseeregion. Ein angelaufenes Forschungsprojekt des Obsan zu regionalen Unterschieden in der psychiatrischen Versorgung wird Erklärungselemente hierzu bringen.

¹ Aufgrund der hohen Datenschutzanforderungen sind die Analyse-Möglichkeiten – insbesondere bei regionalen Fragestellungen – stark eingeschränkt (Grossregionen).

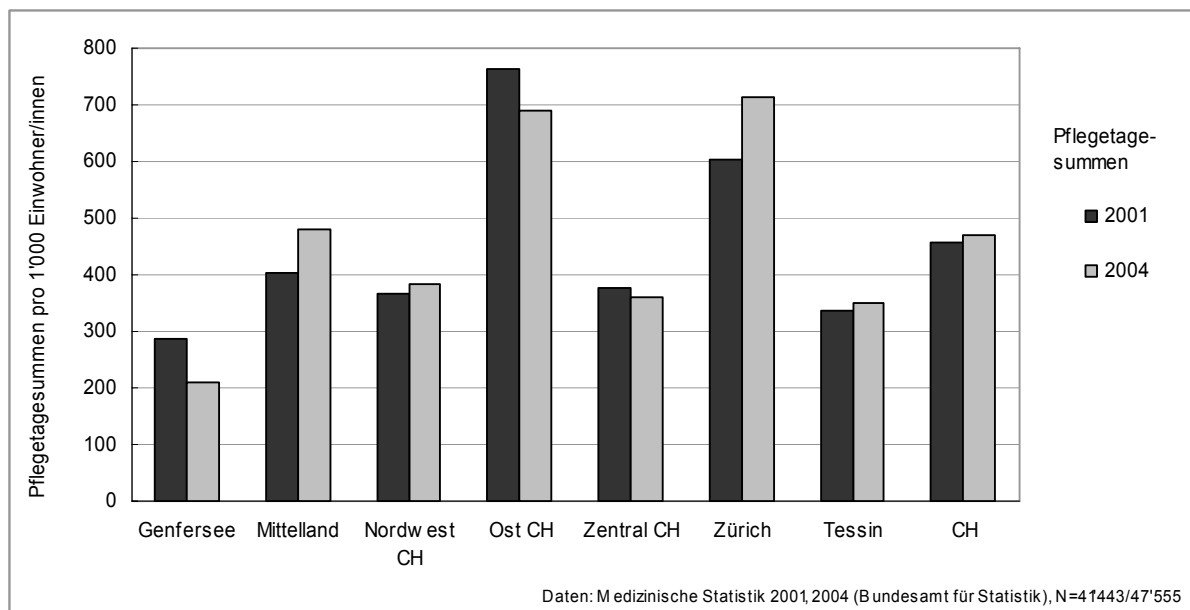


Abb. 4.11 Pflegetagesummen in psychiatrischen Kliniken nach Region, 2001 und 2004

5 Ressourcen und Risikofaktoren

5.1 Kontrollüberzeugung

Die Überzeugung einer Person, das eigene Leben selbst bestimmen und meistern zu können, ist zentral für die Lebensbewältigung. Eine starke Kontrollüberzeugung ist mit einer besseren allgemeinen Gesundheit, grösserer Lebenszufriedenheit und weniger depressiven Symptomen verbunden als geringe Kontrollüberzeugung. Ferner können Menschen mit starker Kontrollüberzeugung besser mit Belastungen und Stress umgehen als jene mit geringer Kontrollüberzeugung.

Personen mit einer ausgeprägten Fähigkeit zur Lebensbewältigung scheinen unlösbaren Problemen weniger ausgeliefert und im Leben weniger „hin- und hergeworfen“ zu sein sowie die Dinge des Lebens gut kontrollieren zu können¹.

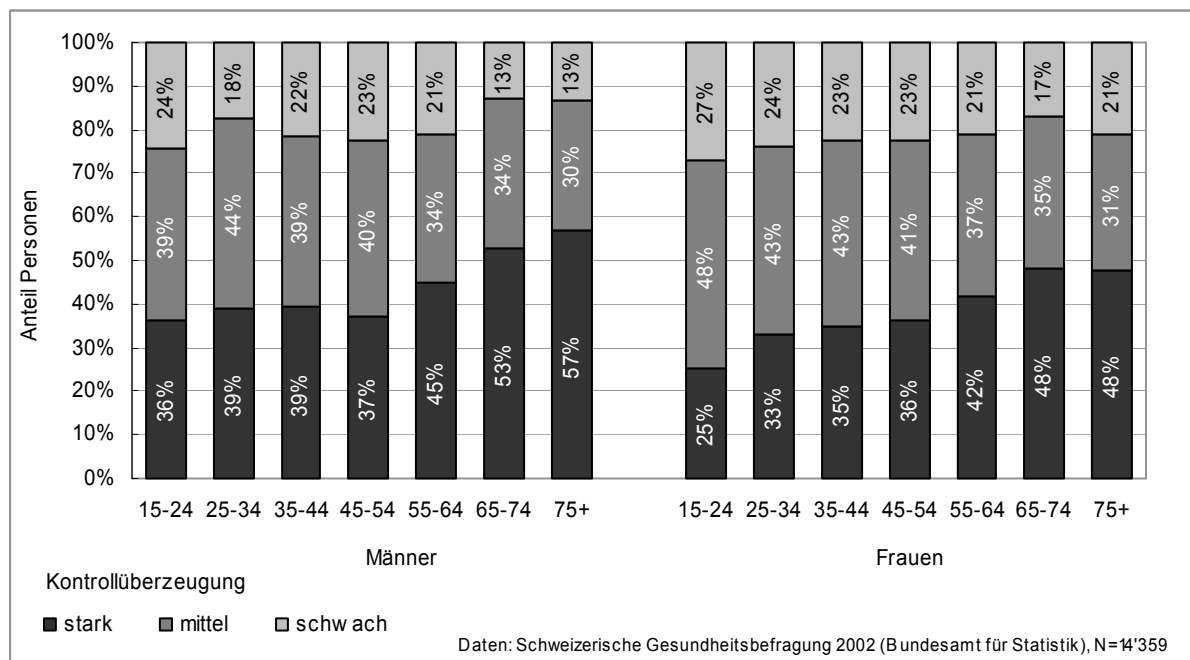


Abb. 5.1 Kontrollüberzeugung nach Geschlecht und Alter, 2002

Der Grad an Kontrollüberzeugung scheint mit dem Alter und dem Geschlecht in Verbindung zu stehen (Abb. 5.1). Ältere Menschen sind überzeugter davon, ihr Leben selbst gestalten zu können als jüngere Menschen, und Männer weisen über alle Altersgruppen hinweg eine statistisch signifikant stärkere Kontrollüberzeugung auf als Frauen. Bezüglich starker Kontrollüberzeugung zeigen sich die grössten Geschlechterdifferenzen bei den jungen Erwachsenen (15- bis 24-Jährige) mit gut 11%-Punkten und den über 75-Jährigen mit 9%-Punkten, während bei den 45- bis 64-Jährigen kaum Unterschiede vorliegen.

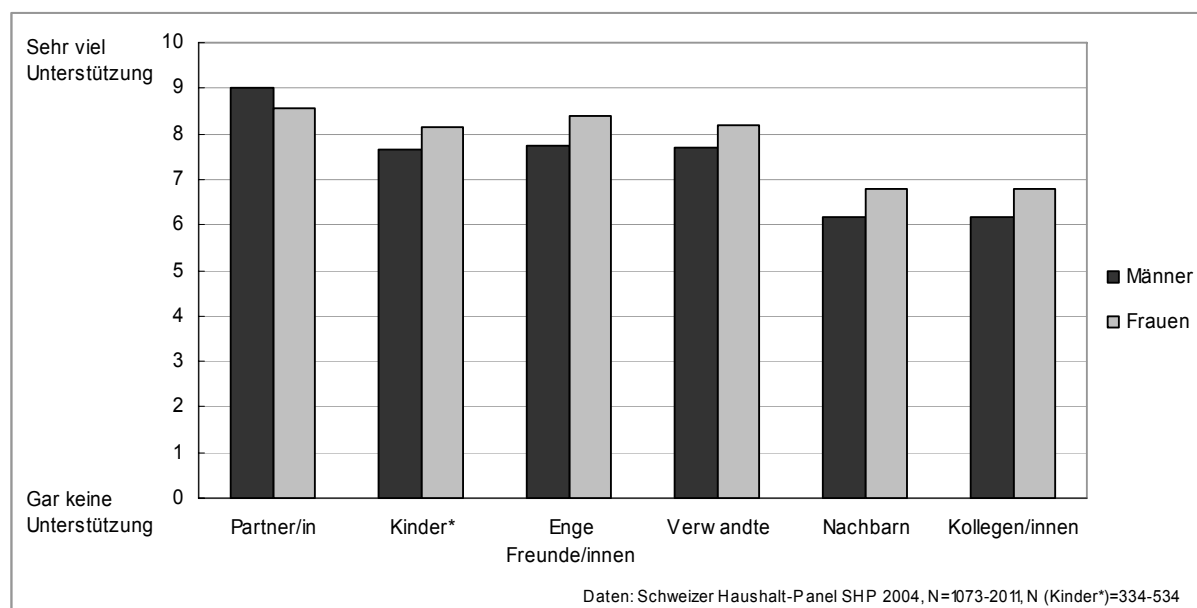
¹ MASTERY-Skala (Pearlin et al.; 1981), vgl. Indikatoren Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Indices: Beschreibung und Konstruktion S.31. Fragen: „Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig.“, „Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin und hergeworfen.“, „Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe.“, „Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert.“

Im Jahr 2002 weisen mehr Personen eine starke und weniger Personen eine schwache Kontrollüberzeugung auf als 1997 (vgl. Rüesch & Manzoni, 2003). Der Anteil Personen mit starker Kontrollüberzeugung ist bei beiden Geschlechtern sowie in allen Altersklassen gestiegen; insgesamt um etwa 10%-Punkte. Der Anteil Personen mit schwacher Kontrollüberzeugung hat demgegenüber um 7%-Punkte, jener mit mittlerem Wert um 3%-Punkte abgenommen.

5.2 Emotionale Unterstützung

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der emotionalen Unterstützung, welche eine Person erhält und der Gesundheit¹. Menschen, die sich jemandem anvertrauen können sowie Verständnis und Mitgefühl erhalten, sind besser in der Lage, Krisen, Belastungen oder Krankheiten zu bewältigen.

Am meisten Unterstützung erhält die Schweizer Wohnbevölkerung – insbesondere die männliche – vom Partner oder der Partnerin (Abb. 5.2). Für Männer scheint die Partnerin/der Partner eine gewichtigere Quelle der emotionalen Unterstützung zu sein als für Frauen, die sich von engen Freunden/innen sowie von Verwandten und Kindern in ähnlichem Masse verstanden und gestützt fühlen. Nachbarn und Kollegen/innen scheinen für beide Geschlechter ebenfalls – wenn auch in etwas geringerem Masse – eine Stütze zu sein. Generell fühlen sich Frauen emotional mehr aufgehoben als Männer (Ausnahme Partner/in).



*Die emotionale Unterstützung durch die Kinder wird seit der Befragung 2000 nicht mehr in Form einer eigenen Frage erhoben, sondern im Rahmen der Unterstützung durch Verwandte.

Abb. 5.2 Emotionale Unterstützung durch verschiedene Personen nach Geschlecht, 2004

Dieselbe Situation zeichnet sich in der Abbildung 5.3 ab, in der die insgesamt empfundene emotionale Unterstützung zwischen den Jahren 2000 und 2004 verglichen wird. Frauen

¹ Emotionale Unterstützung bezieht sich auf die Erfahrung, umsorgt, geliebt und geschätzt zu werden. Die Befragten des Schweizer Haushalt-Panels konnten auf einer Skala von „0=gar keine emotionale Unterstützung“ bis „10=sehr viel emotionale Unterstützung“ angeben, wie viel emotionale Unterstützung sie von Partner/in, Freunden/innen, Verwandten (Kindern), Nachbarn und Kollegen/innen erhalten haben.

schätzen im Vergleich zu den Männern die Unterstützung in beiden Jahren als eher grösser ein. Beide Geschlechter fühlen sich 2004 tendenziell mehr unterstützt.

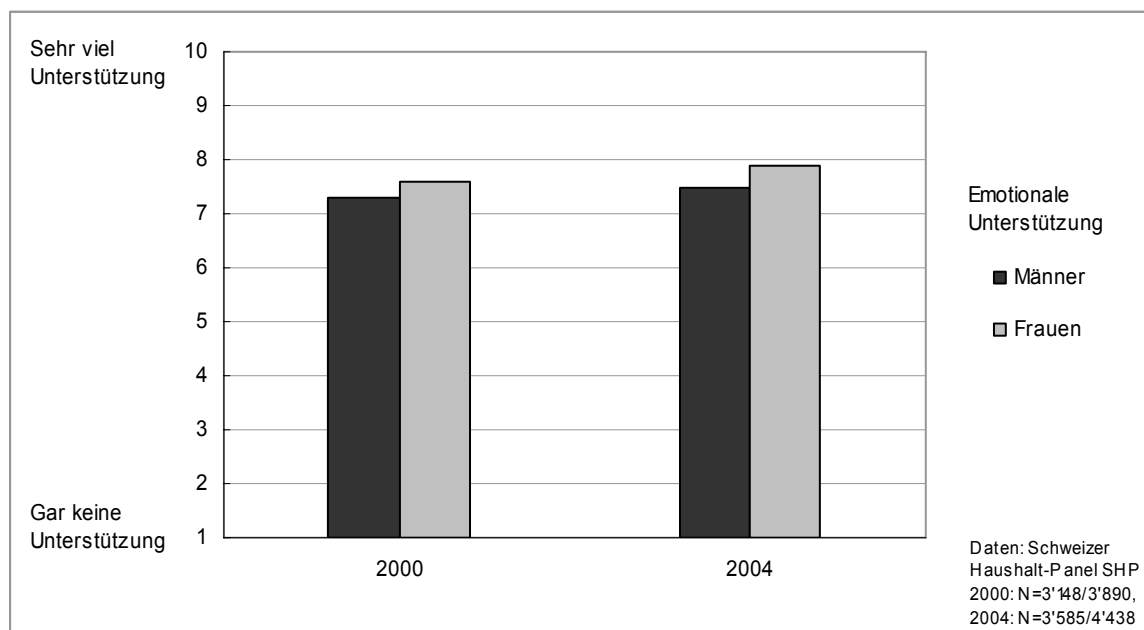


Abb. 5.3 Emotionale Unterstützung¹ nach Geschlecht, 2000 und 2004

5.3 Arbeitsbelastung

Belastungen am Arbeitsplatz können die psychische Gesundheit beeinträchtigen. Die häufigste Belastung bei Männern wie bei Frauen scheint laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung durch das „Eng mit anderen Leuten zusammenarbeiten“ zu entstehen². 69% der Männer und 63% der Frauen sind davon betroffen (Abb. 5.4). Bei den Männern folgt darauf die Belastung durch „Laufend Neuerungen“, „Oft vieles gleichzeitig tun“ und „Viele Termine einhalten“. Bei den Frauen zeigt sich eine ähnliche Häufigkeitsverteilung. An zweiter Stelle steht bei ihnen „Oft vieles gleichzeitig tun“ gefolgt von „Laufend Neuerungen“, „Verantwortung für Menschen tragen“ sowie „Menschen bedienen, pflegen“. Belastungen durch die drei letzt genannten Aspekte treten ungefähr gleich häufig auf.

Die Männer scheinen generell in allen untersuchten Belastungsaspekten mehr betroffen zu sein als die Frauen, mit der Ausnahme „Menschen bedienen, pflegen“ (45% vs. 26%). In diesem Sachverhalt spiegelt sich die Frauendominanz in Berufssparten wie bspw. Gastgewerbe oder Gesundheitswesen wider.

¹ Berechnet als Mittelwert der emotionalen Unterstützung durch Partner/in, Enge Freunde/innen, Verwandte, Nachbarn, Kollegen/innen.

² Die Frage nach der Arbeitsbelastung wurde ausschliesslich Erwerbstätigen gestellt. Belastungen, die z.B. von Tätigkeiten im Haushalt herrühren, sind nicht berücksichtigt.

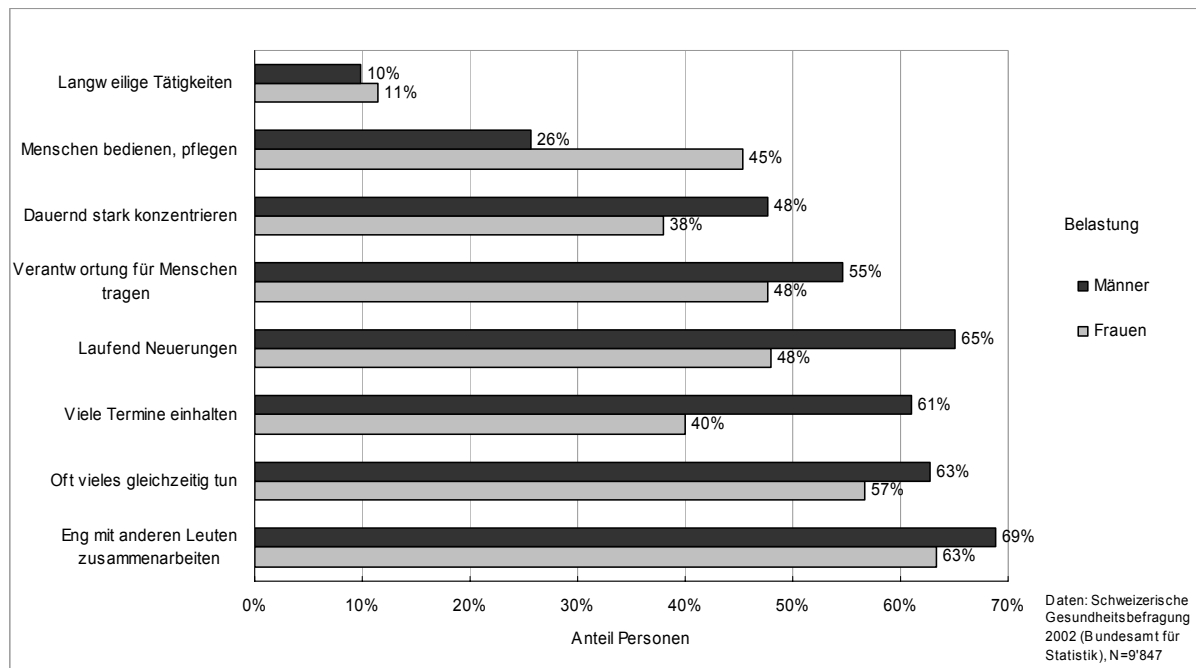


Abb. 5.4 Belastung durch ausgewählte Arbeitsaspekte nach Geschlecht, 2002

5.4 Kritische Lebensereignisse

Ein kritisches Lebensereignis entspricht einer bedeutsamen Änderung im Lebenslauf, die eine aussergewöhnliche Anpassungsreaktion der Person erfordert. Das kann z.B. der Verlust einer nahe stehenden Person oder ein Unfall sein¹. Es gibt einen Zusammenhang zwischen gewichtigen Veränderungen der Lebenssituation und psychischer sowie physischer Gesundheit. Bei besonders belastenden Erfahrungen oder bei chronischer Belastung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung. Es hat sich zudem gezeigt, dass beispielsweise im Vorfeld einer Depression die Häufigkeit von kritischen Lebensereignissen signifikant erhöht ist (z.B. Dohrenwend et al., 1995).

Im Schweizer Haushalt-Panel werden verschiedene einschneidende Erfahrungen erfasst. Nachfolgende Auswertungen beziehen sich auf die folgenden sieben Lebensereignisse: Krankheit/Unfall der eigenen Person, Krankheit/Unfall einer nahe stehenden Person, Tod einer nahe stehenden Person, Abbruch einer engen Beziehung, Konflikte mit nahe stehenden Personen, Probleme mit eigenen Kindern, andere Belastungen.

¹ Auch positive Ereignisse insbesondere die Geburt eines Kindes oder die Heirat werden grundsätzlich zu kritischen Lebensereignissen gezählt, da auch sie bedeutsame Konsequenzen für die Lebensgestaltung einer Person haben. Sie werden in diesem Bericht allerdings nicht thematisiert.

Rund 50% der Männer berichten mindestens eines der aufgeführten Ereignisse im Jahr 2004 erlebt zu haben, bei den Frauen sind es sogar 60% (Abb. 5.5). Anteilsmässig erleben Frauen und Männer praktisch genauso oft *ein* kritisches Lebensereignis. Die Geschlechterdifferenzen finden sich eher bei der vermehrten Häufigkeit von zwei und insbesondere drei Ereignissen bei Frauen. Bei den Männern ist die Verteilung der Häufigkeiten über die Altersgruppen relativ ausgeglichen. Bei den Frauen gibt es etwas grössere Schwankungen. Der grösste Anteil mit drei und mehr erfahrenen Ereignissen findet sich bei den 35- bis 49-jährigen Frauen. Gleichzeitig ist in derselben Altersgruppe der Anteil Frauen ohne kritisches Lebensereignis am grössten. Generell berichten Männer und Frauen in der zweiten Lebenshälfte über mehr einschneidende Ereignisse als die Jüngeren.

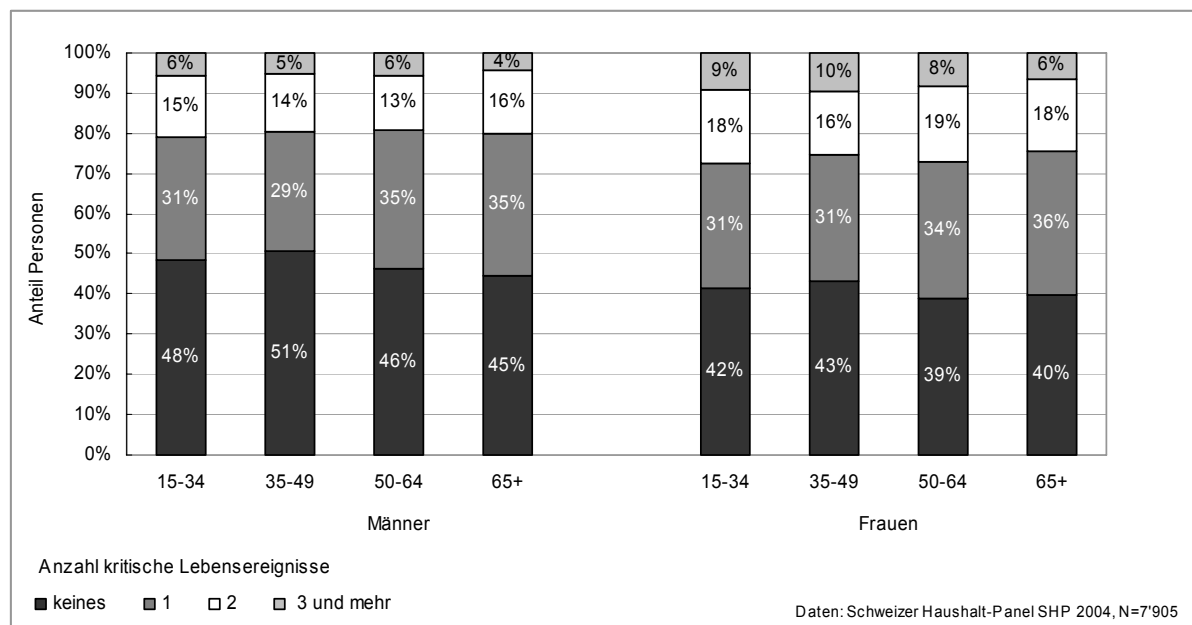
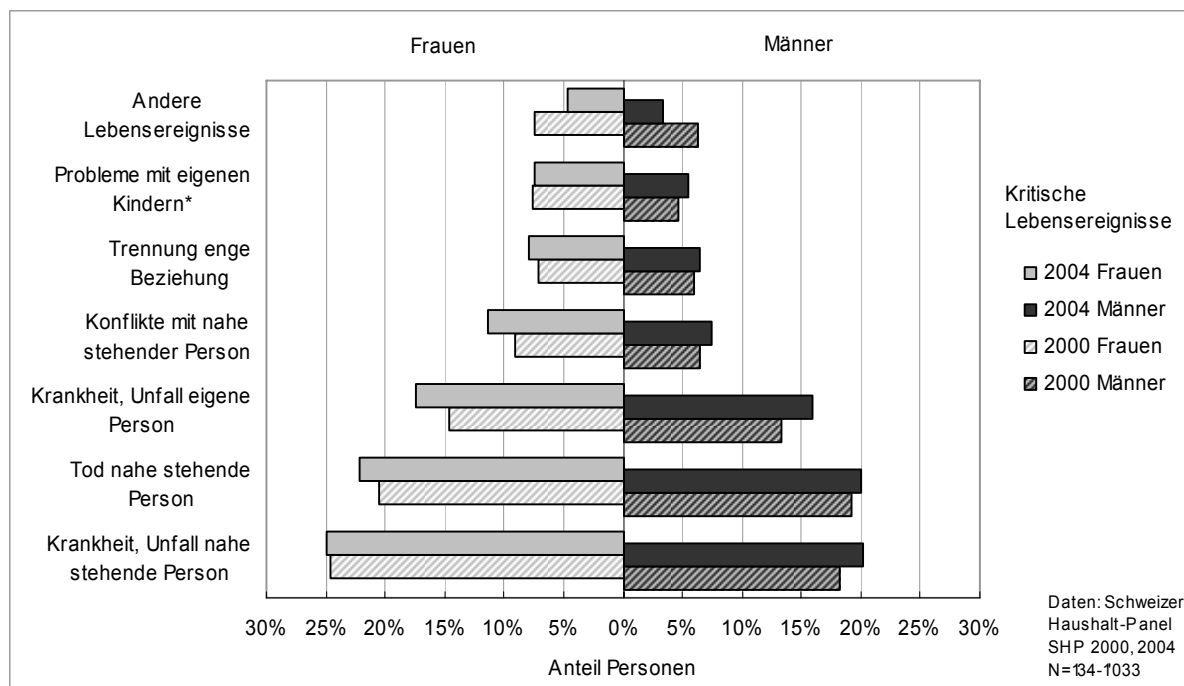


Abb. 5.5 Erleben von kritischen Lebensereignissen nach Geschlecht, 2004

In Abbildung 5.6 sind die Häufigkeiten der einzelnen Ereignisse für die Jahre 2000 und 2004 dargestellt. Erwartungsgemäss scheinen Frauen öfter mit den aufgeführten Ereignissen konfrontiert als Männer (vgl. z.B. die geringere Lebenserwartung der Männer). Die häufigsten Erlebnisse sind für beide Geschlechter und beide Jahre „Krankheit, Unfall oder Tod einer nahe stehenden Person“ (Frauen: 20%–25%, Männer: 19%–20%). Sowohl Männer als auch Frauen erlebten im Jahr 2004 mehr schwerwiegende Vorfälle als im Jahr 2000. Die grösste Differenz betreffend Häufigkeiten der einzelnen Ereignisse zwischen den untersuchten Jahren findet sich sowohl für Männer als auch für Frauen im Hinblick auf das Ereignis „Krankheit oder Unfall der eigenen Person“. Der Unterschied zwischen den beiden Jahren beträgt 2.5%-bis 3%-Punkte. Die grössten Geschlechterdifferenzen betreffen das Ereignis „Krankheit, Unfall nahe stehender Person“ gefolgt von „Konflikte mit nahe stehender Person“. Diese auffälligen Geschlechterunterschiede könnten möglicherweise mit unterschiedlichen subjektiven Definitionen von „Krankheit“ und „Konflikten“ zusammenhängen.



*Die Werte für das Jahr 2000 unterscheiden sich stark von den entsprechenden Werten im letzten Monitoringbericht (Rüesch & Manzoni, 2003). Grund dafür ist die unterschiedliche Grundgesamtheit: (nur) Personen mit eigenen Kindern (2000) vs. alle Personen (2004).

Abb. 5.6 Häufigkeit kritischer Lebensereignisse nach Geschlecht, 2000 und 2004

6 Krankheitsfolgen

6.1 Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit

Eine psychische Erkrankung kann die betroffene Person in verschiedenen Lebensbereichen behindern. Von besonderer Tragweite sind die Beeinträchtigung der Lebensqualität und die Einschränkung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit.

Lebensqualität

Insgesamt berichten die befragten Personen über eine hohe Lebenszufriedenheit in allen untersuchten Lebensbereichen¹. In der Abbildung 6.1 ist die Zufriedenheit für die Jahre 2000 und 2004 dargestellt. Es lassen sich keine bedeutsamen Unterschiede erkennen. In beiden Jahren ist die „Zufriedenheit mit dem Alleine- oder Zusammenleben“ am grössten und die „Zufriedenheit mit der finanziellen Situation“ am geringsten.

Betrachtet man die allgemeine Zufriedenheit etwas genauer und wertet die Daten nach Altersgruppen aus, stellt man fest, dass die Zufriedenheit bis zum Alter von 64 Jahren stabil bei einem Wert von 8 (Einschätzungsskala 0–10) liegt. In den nachfolgenden zwei Altersgruppen (65–74, 75+) steigt der Wert etwas an und kommt auf 8.5 zu liegen.

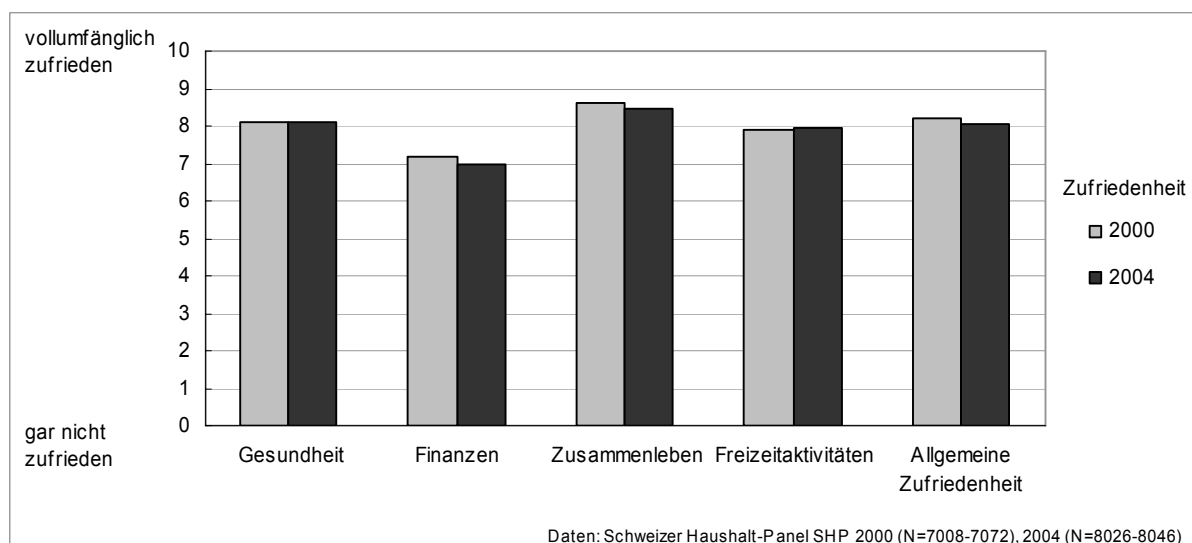


Abb. 6.1 Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensaspekten, 2000 und 2004

Deutlichere Zufriedenheitsunterschiede sind erkennbar, wenn man Personen mit psychischen Beschwerden mit solchen ohne psychische Beschwerden vergleicht (Abb. 6.2). Erste-
re berichten in allen Bereichen über eine geringere Zufriedenheit als Personen ohne psychi-

¹ In der Personenbefragung des SHP wird nach der „Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand“, „Zufriedenheit mit der finanziellen Situation“, „Zufriedenheit mit dem Alleine- oder Zusammenleben im Haushalt“, „Zufriedenheit mit Freizeitbeschäftigungen“ sowie nach der „Allgemeinen Zufriedenheit mit dem Leben“ gefragt (Bewertungsskala von 0 „gar nicht zufrieden“ bis 10 „vollumfänglich zufrieden“)

sche Leiden. Erwartungsgemäss am deutlichsten ist die Differenz bei der „(Un-)Zufriedenheit mit der Gesundheit“.

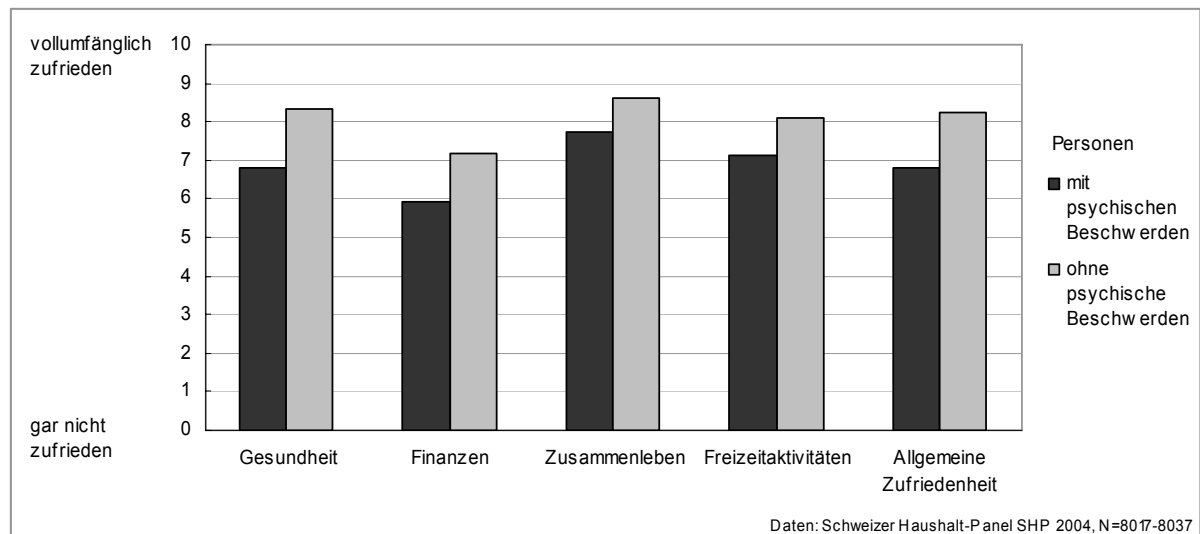


Abb. 6.2 Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensaspekten von Personen mit und ohne psychische Beschwerden, 2004

Leistungs- und Arbeitsfähigkeit

Insgesamt berichtet fast ein Sechstel der Befragten über Beeinträchtigungen der eigenen Leistungsfähigkeit in einem Zeitraum von vier Wochen. Ausserdem erklären 10%, sie hätten in den letzten vier Wochen während mindestens einem Tag ihrer Arbeit nicht nachgehen können (Tab. 6.1).

Bei den Personen mit schwereren psychischen Problemen (Behandlung im vergangenen Jahr oder chronisches Problem) ist der Anteil der in Leistung oder Arbeit Beeinträchtigten mehr als doppelt so hoch. Rund 37% dieser Personen fühlen sich in der eigenen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und rund 27% konnten in den letzten vier Wochen teilweise nicht arbeiten. Das entspricht hochgerechnet auf die Schweizer Bevölkerung etwa 25'000 Männern bzw. 48'000 Frauen, die sich nicht voll leistungsfähig fühlen und etwa 19'500 Männern bzw. 32'500 Frauen, die zeitweise arbeitsunfähig sind.

Im Jahr 2002 fühlten sich im Vergleich zu 1997 insgesamt eher weniger Männer und Frauen in ihrer Leistungs- oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Personen mit psychischen Beschwerden erlebten in den beiden Jahren mit etwa gleicher Häufigkeit Einbussen in der Leistungsfähigkeit (Männer im Jahr 2002 mehr als 1997, bei den Frauen umgekehrt), dagegen waren sie 2002 öfter arbeitsunfähig als noch 1997.

Männer und Frauen mit schweren psychischen Problemen sind häufiger erwerbslos und beziehen vermehrt eine Rente als Personen ohne psychische Probleme. Besonders auffallend ist der grosse Anteil an IV-Renten-Bezüger/innen, der bei psychisch Beeinträchtigten etwa fünf Mal grösser ist als in der Schweizer Bevölkerung insgesamt. 1997 war das Verhältnis dasselbe, das Niveau allerdings tiefer.

Tab. 6.1 Psychische Probleme und Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit nach Geschlecht, 1997 und 2002¹

		Männer ¹			Frauen ¹		
		Männer insgesamt	Behandlung psychisches Problem ²	Chronisches psychisches Problem ³	Frauen insgesamt	Behandlung psychisches Problem ²	Chronisches psychisches Problem ³
Erwerbstätigkeit ⁴	1997*	85.0%	69.7%	75.2%	63.8%	58.8%	51.4%
	2002	84.6%	68.9%	68.9%	65.8%	64.4%	58.5%
Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit ⁵	1997*	16.5%	36.1%	30.5%	20.2%	36.3%	44.0%
	2002	14.2%	36.7%	36.6%	17.6%	35.5%	38.9%
Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ⁶	1997*	10.9%	24.4%	20.0%	11.3%	23.7%	23.9%
	2002	9.7%	29.2%	28.3%	10.9%	25.0%	24.7%
Berentung							
• alle Renten	1997*	9.4%	32.0%	36.5%	17.1%	31.6%	31.3%
	2002	8.5%	23.7%	33.2%	12.9%	28.1%	33.2%
• IV-Rente	1997*	2.7%	11.5%	17.4%	2.5%	9.2%	13.1%
	2002	4.0%	14.0%	24.6%	3.2%	13.8%	18.9%

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (Bundesamt für Statistik)

1997: N Männer=4'784-4'816, N Frauen=5'578-5'611; 2002: N Männer=7'090-7'133, N Frauen=8'158-8'205

* Die Angaben für das Jahr 1997 stimmen nicht überein mit der Tabelle 13 vom letzten Monitoringbericht (Rüesch & Manzoni, 2003): unterschiedliche Altersangaben, unterschiedliche Definition des chronischen psychischen Problems.

¹ Männer und Frauen im Alter von 15-64 Jahren

² Behandlung wegen eines psychischen Problems in den letzten 12 Monaten

³ rein psychisch oder psychisch und körperlich bedingtes Problem, das länger als 1 Jahr andauert und in den Alltagsaktivitäten einschränkt

⁴ bezahlte Arbeit von mind. 1 Stunde pro Woche

⁵ eingeschränkt einsatz- und leistungsfähig in den letzten 4 Wochen

⁶ nicht arbeitsfähig in den letzten 4 Wochen

Erwerbslosigkeit psychisch belasteter Männer

Das Phänomen der gehäuften Erwerbslosigkeit von Menschen mit psychischen Störungen zeigt sich besonders deutlich bei Männern im Alter von 35 bis 54 Jahren (Abb. 6.3). Über 30% der 35- bis 54-jährigen Männer mit einem behandelten psychischen Problem geben an, nicht erwerbstätig zu sein, während eine solche Aussage auf knapp 5% der Männer dieser Altersgruppe ohne Behandlung wegen eines psychischen Problems zutrifft.

Bei den Frauen tritt die Differenz weniger deutlich hervor, da deren Erwerbslosigkeitsquote ab dem 25. Lebensjahr im Allgemeinen wesentlich höher ist als bei den Männern. Bemerkenswert ist die Gruppe der 15- bis 34-jährigen Frauen. In dieser Altersgruppe sind die Frauen, die sich in den letzten 12 Monaten wegen eines psychischen Problems behandeln liessen, sogar häufiger erwerbstätig als die beschwerdefreien Frauen. Ab 35 Jahren sind Frauen mit psychischen Problemen häufiger ohne Erwerb als Frauen ohne psychische Probleme.

¹ Die Resultate in Tabelle 6.1 sind nicht direkt mit den entsprechenden Ergebnissen aus dem Monitoring 2003 vergleichbar. In die aktuellen Berechnungen wurden Personen im Alter von 15–64 einbezogen während in der letzten Publikation das berücksichtigte Alter nach Zeile unterschiedlich war (20–64 vs. 15–64). Im Weiteren beziehen sich die chronischen psychischen Probleme in dieser Ausgabe auf rein psychisch oder psychisch sowie körperlich bedingte Beschwerden, die länger als 1 Jahr andauern und in den Alltagsaktivitäten einschränken. Im Monitoring 2003 wurden teilweise nur rein psychisch bedingte chronische Beschwerden in die Auswertungen einbezogen.

Im Vergleich zu 1997 (vgl. Rüesch & Manzoni, 2003) fallen in erster Linie zwei Veränderungen auf. Zum einen sind im Jahr 2002 die 45- bis 54-jährigen Männer mit psychischen Problemen zu mehr als 10% häufiger erwerbslos als noch 1997, zum anderen sind 55- bis 64-jährige Frauen mit psychischen Problemen zu etwa 12% mehr erwerbstätig als 1997.

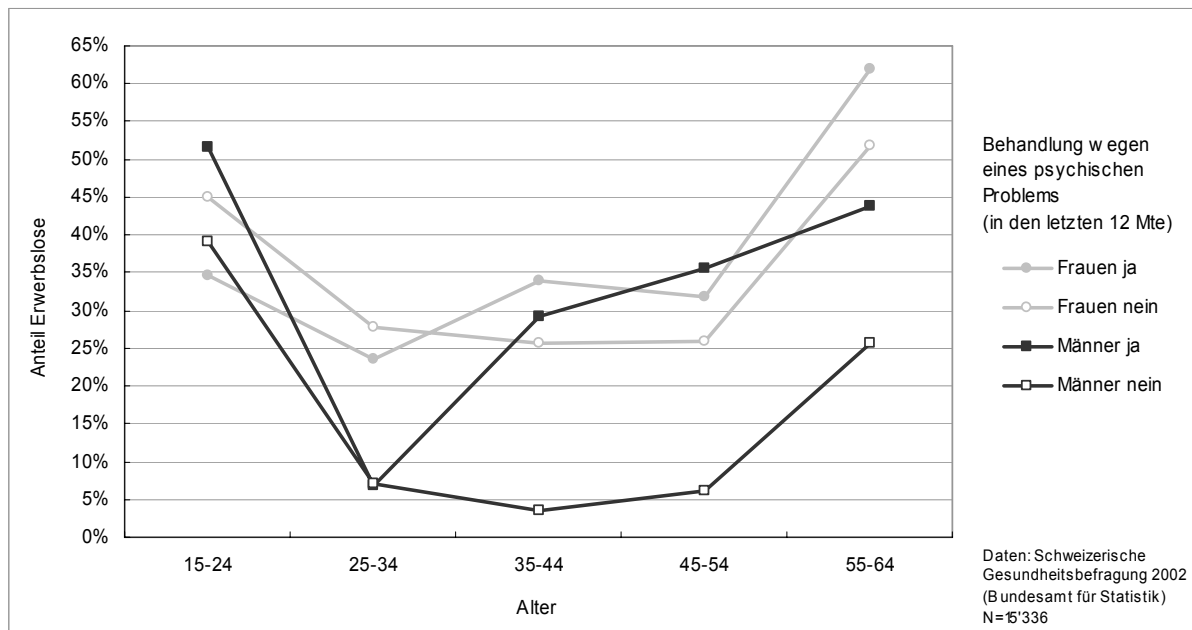


Abb. 6.3 Erwerbslosigkeit und Behandlung wegen eines psychischen Problems nach Geschlecht und Alter, 2002

Mit den vorliegenden Daten ist nicht zu bestimmen, ob zuerst das psychische Problem bzw. die Störung oder aber eine Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbslosigkeit bestanden. Zum einen ist es nahe liegend, dass Personen aufgrund einer psychischen Erkrankung teilweise eingeschränkt erwerbstätig oder erwerbslos sind, zum anderen kann Arbeitslosigkeit den psychischen Gesundheitszustand erheblich verschlechtern.

6.2 Invalidenrente

Im Jahr 2005 lag in der Schweiz die Wahrscheinlichkeit, eine Invalidenrente zu beziehen, bei 5.4% (Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter), wobei die wichtigsten Risikofaktoren zunehmendes Alter und männliches Geschlecht sind. Nach einer tendenziellen Zunahme hat die Zahl der jährlichen Neuberentungen seit 2002 kontinuierlich abgenommen. Auffallend ist der langsam schrumpfende Geschlechterunterschied: 1996 war die Neuberentungsquote der Männer 65% höher als die der Frauen, 2005 betrug der Unterschied nur noch 28%. Es scheint, dass sich das Risiko, eine IV-Rente zu benötigen, mit zunehmender Erwerbstätigkeit der Frauen dem der Männer angleicht. Die Hauptursache für Invalidität liegt in Krankheiten begründet (197'000 Personen); Geburtsgebrechen (28'000) und Unfälle (24'000) spielen als Invaliditätsursache nur eine untergeordnete Rolle (BSV, 2006).

Im Zeitraum von 1986 bis 2005 hat sich die Gesamtzahl der Bezüger und Bezügerinnen einer Invalidenrente von rund 118'000 auf 250'000 mehr als verdoppelt (Abb. 6.4). Während 1986 20% der IV-Renten wegen psychischer Krankheit gesprochen wurden, sind es 2005

bereits 37% oder 91'590 Fälle. Der IV-Renten-Anteil aufgrund anderer Krankheiten ist in derselben Zeit von 52% auf 42% gesunken.

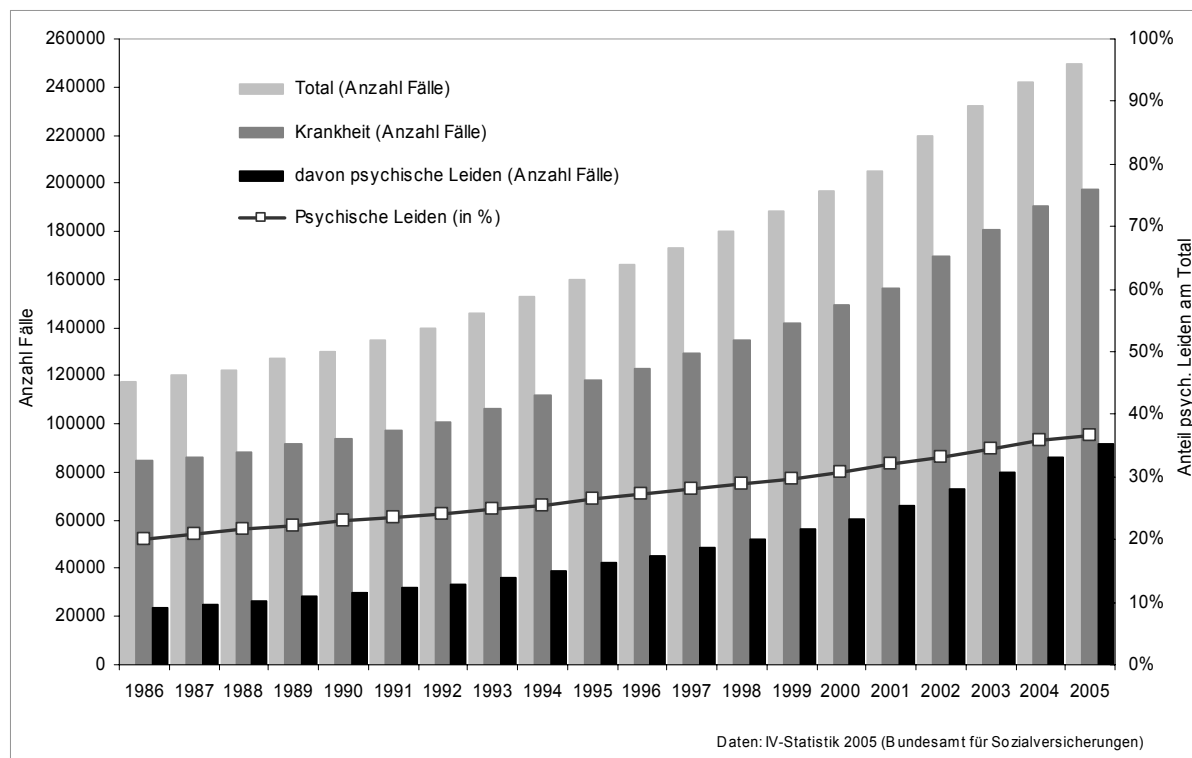


Abb. 6.4 Anzahl IV-Bezüger/innen in der Schweiz – alle Renten und Renten aufgrund von (psychischer) Krankheit, 1986–2005

IV-relevante psychische Störungen

Das Kapitel XXVI „Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen“ der IV-Statistik differenziert wie folgt zwischen verschiedenen psychischen Störungen¹:

- Schwere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie und andere psychotische Erkrankungen (IV-Codes 641–645)
- neurotische Störungen und andere als „psychogen“ oder „milieureaktiv“ bezeichnete Leiden (IV-Code 646)
- Abhängigkeitsstörungen (Alkoholismus und andere Süchte; IV-Codes 647, 648)
- geistige Behinderungen und andere kognitive Beeinträchtigungen (IV-Code 649).

Im Jahre 2005 erhielten 47'265 Männer und 44'325 Frauen eine IV-Rente aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung. Die häufigsten Diagnosen bei Männern wie bei Frauen sind neurotische Störungen (IV-Code 646), die etwa die Hälfte der Fälle ausmachen, und psychotische Erkrankungen (ungefähr 30%; IV-Codes 641–645). Bei beiden Geschlechtern hat letztere Diagnosestellung über die vergangenen Jahre zugunsten der Neurosen abgenommen (Abb. 6.5 a, b).

¹ Die von der IV verwendete Klassifikation ist nicht vergleichbar mit den Kategorien anerkannter psychiatrischer Diagnostik wie der ICD-10 (Kapitel V) (WHO, 1994) oder des DSM-IV (Sass et al., 1998).

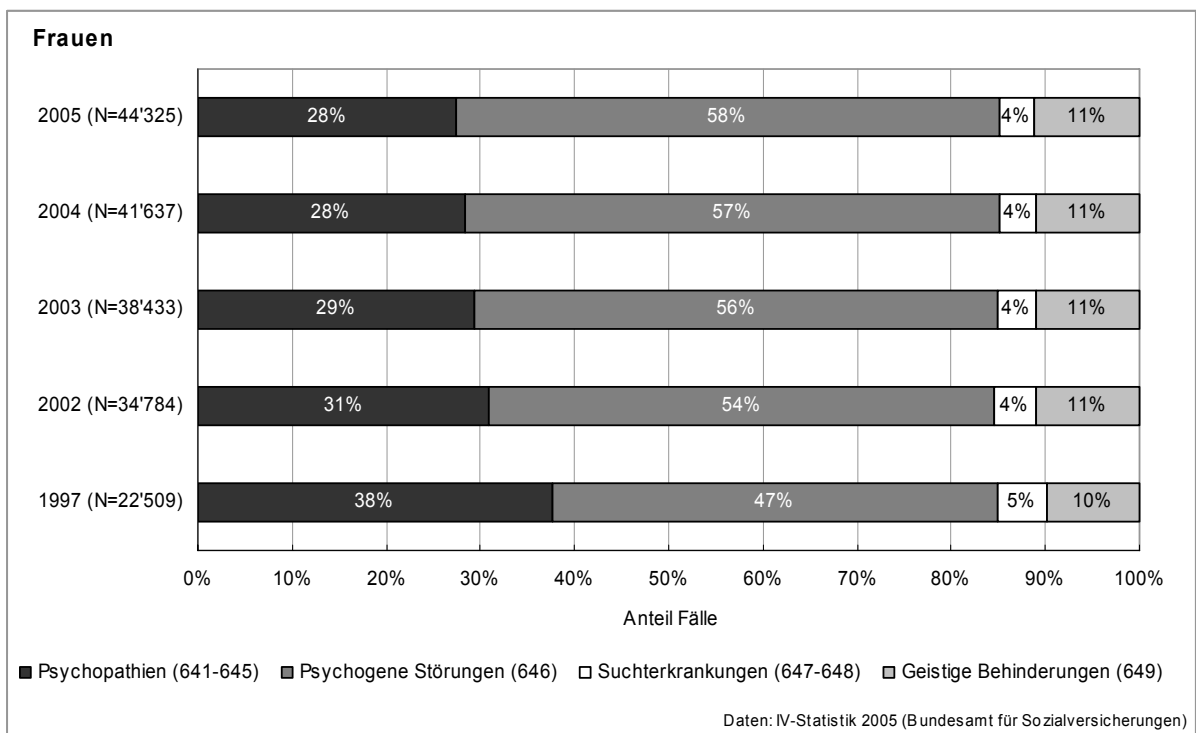
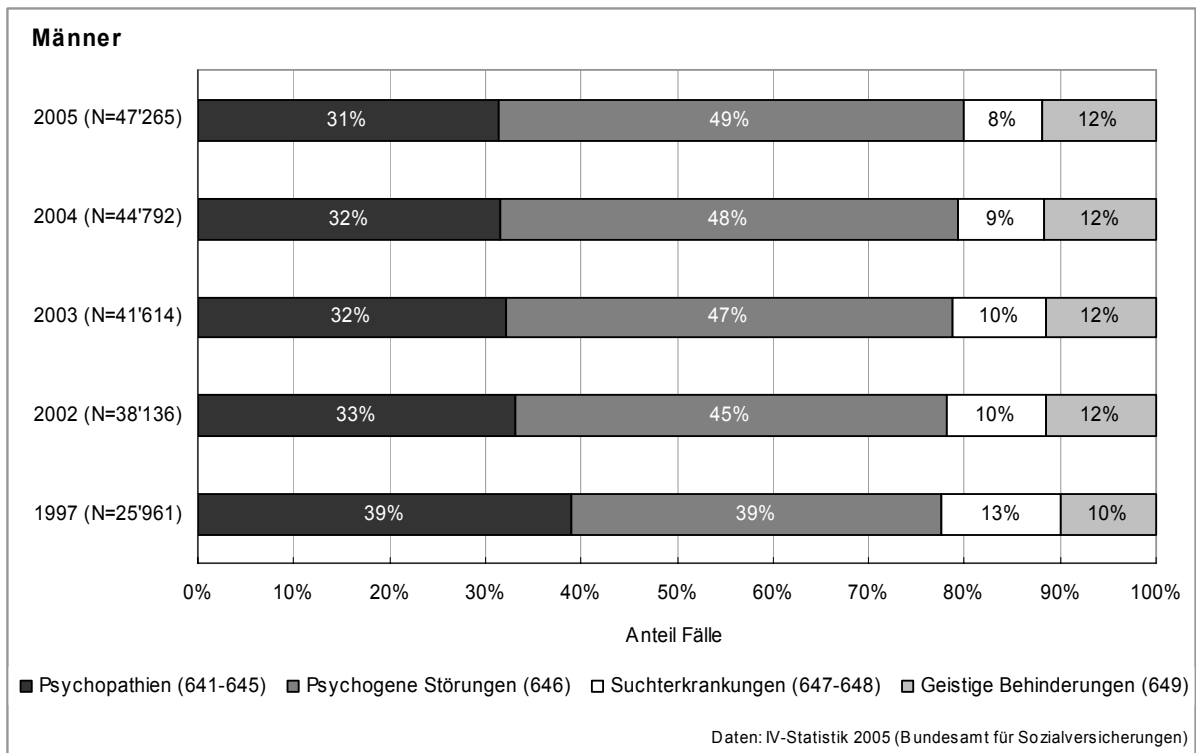


Abb. 6.5 a, b Häufigste IV-relevante psychische Erkrankungen nach Geschlecht, 1997–2005

Ein vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) lanciertes Forschungsprogramm¹ zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes beschäftigt sich unter anderem mit dem Zuwachs der IV-Rentner/innen aus psychischen Gründen. Die besonders häufige und komplexe Diagnosegruppe der neurotischen und psychogenen Störungen (IV-Code 646) wird dabei vor allem im Fokus sein. Erste Ergebnisse werden voraussichtlich im Verlaufe des Jahres 2008 publiziert.

Unterschiede der IV-Renten-Rate zwischen Landesregionen

Es gibt grosse regionale Unterschiede bezüglich der Rate der Personen, die aufgrund von psychischen Einschränkungen eine IV-Rente beziehen (Abb. 6.6). Die grösste Differenz zeigt sich 2005 zwischen der Zentralschweiz mit einer Rate von 14 „psychischen“ IV-Fällen pro 1'000 Einwohner/innen und dem Tessin mit gut 27 pro 1'000 Einwohner/innen. Die Entwicklung der Raten über die letzten Jahre unterscheidet sich nicht bedeutend zwischen den Regionen. Von 1997 bis 2005 ist in der gesamten Schweiz ein deutliches Wachstum der Rate zu verzeichnen. Einen auffälligen Verlauf zeigt das Tessin. Hier sind es in erster Linie die Männer, die den starken Anstieg der IV-Rate ausmachen. Sie verzeichnen mit 14 und gut 30 „psychischen“ IV-Fällen pro 1'000 Einwohner in den zwei beobachteten Jahren die mit Abstand höchsten Raten.

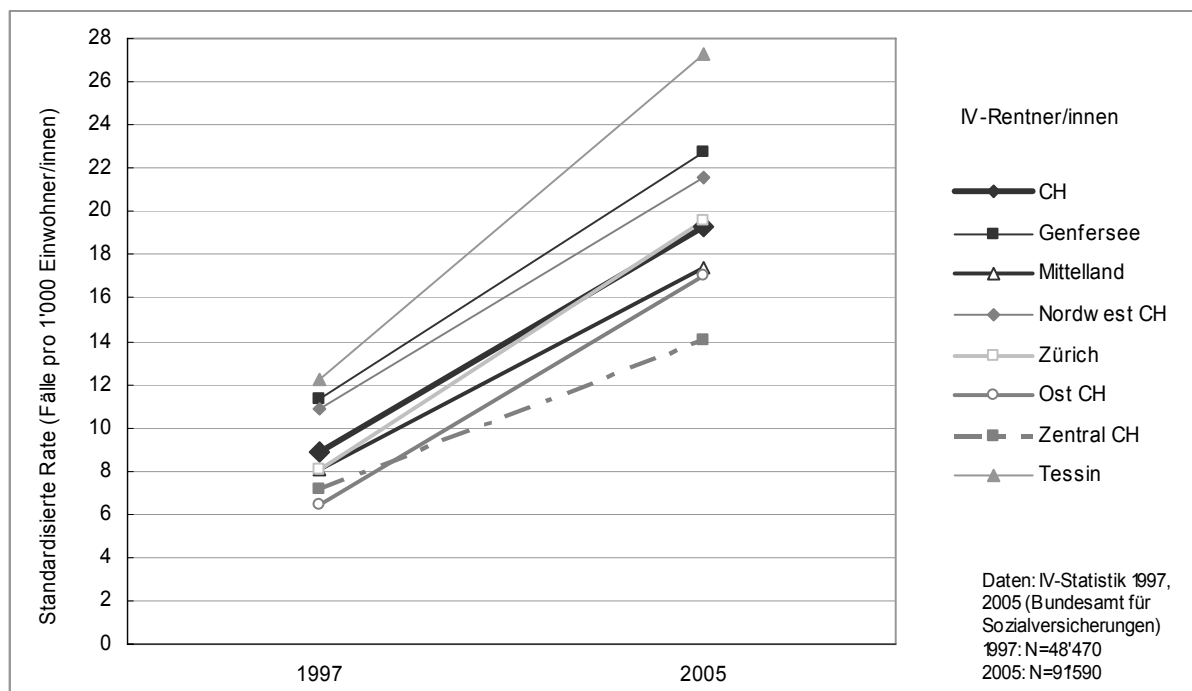


Abb. 6.6 Rate der IV-Rentner/innen mit psychischen Erkrankungen nach Region, 1997 und 2005

¹ Mehrjähriges Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes (FoP-IV); <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326>

6.3 Suizide

Im Jahr 2004 haben sich in der Schweiz 857 Männer und 427 Frauen das Leben genommen. Das entspricht etwas mehr als 21 Selbsttötungen auf 100'000 Männer¹ und mehr als 9 Selbsttötungen auf 100'000 Frauen. Diese Fallzahlen sind tendenziell unterschätzt, da nicht alle Fälle identifiziert werden. Dies passiert z.B., wenn ein Suizid fälschlicherweise als Verkehrsunfall interpretiert wird. Männer begehen wesentlich häufiger tödliche suizidale Handlungen als Frauen; im Jahr 2004 mehr als doppelt so oft.

Die Schweiz weist im europäischen Vergleich eine überdurchschnittlich hohe Suizidrate auf. Im Jahr 2002 waren es pro 100'000 Einwohner/innen 17.5 Suizide im Vergleich zum EU-Durchschnitt von 11.6 Suiziden. Griechenland, Grossbritannien und Spanien weisen mit Raten von weniger als 10 Suiziden pro 100'000 unterdurchschnittliche Werte auf, während Deutschland im EU-Durchschnitt liegt, und Frankreich sowie Österreich mit Raten von 16.3 und 17.0 nahe der Schweiz sind. Russland und Litauen schneiden im 47 Länder umfassenden europäischen Vergleich (für das Jahr 2002) am schlechtesten ab – mit 36 bzw. 44 Suiziden auf 100'000 Personen (European health for all database, HFA-DB)². In allen untersuchten europäischen Ländern ist die Suizidrate der Männer deutlich höher als jene der Frauen. Im internationalen Vergleich liegen die Raten der Frauen mit 0.5 (Aserbaidschan) bis 11.5 (Litauen) deutlich näher beisammen als diejenigen der Männer mit 2.4 (Aserbaidschan) bis 81.7 (Litauen).³

Die Faktoren, die das Risiko eines Suizids oder Suizidversuchs erhöhen, sind vielfältig und interagieren miteinander. Demografische sowie psychische, biologische, soziale und umgebungsbedingte Faktoren können das Risiko beeinflussen. Psychische Krankheiten sind einer der wichtigsten Risikofaktoren für einen Suizid. Ungefähr 90% aller Personen, die Suizid begehen, litten an einer Depression oder einer anderen diagnostizierbaren psychischen Störung oder Suchterkrankung. Ein bereits unternommener Selbsttötungsversuch ist ein weiterer Risikofaktor für einen späteren vollendeten Suizid. Das Suizidrisiko ist in dieser Risikogruppe 40-mal höher als im Bevölkerungsdurchschnitt und bleibt zudem Jahre über den Suizidversuch hinaus hoch. Auf der anderen Seite ist ein funktionierendes soziales Netz ein schützender Faktor von besonderer Bedeutung. Er bietet nicht nur Unterstützung und Anteilnahme, sondern auch ein gewisses Mass an sozialer Kontrolle (BAG, 2005).

¹ Altersstandardisierte Suizidrate: Die Altersstandardisierung entspricht der Berechnung des gewichteten Durchschnitts der altersspezifischen Sterbeziffern. Gewichtet wird mit den Bevölkerungsanteilen der jeweiligen Altersgruppen der Europäischen Standardbevölkerung (Waterhouse, 1976).

² <http://www.euro.who.int/hfadb>

³ Bei internationalen Vergleichen gilt es zu berücksichtigen, dass die Dunkelziffer vermutlich relativ hoch ist. Laut den Vergleichsdaten ist die Suizidrate für Nordkorea bspw. 0.0, was zwar sehr wünschenswert, aber kaum realistisch ist.

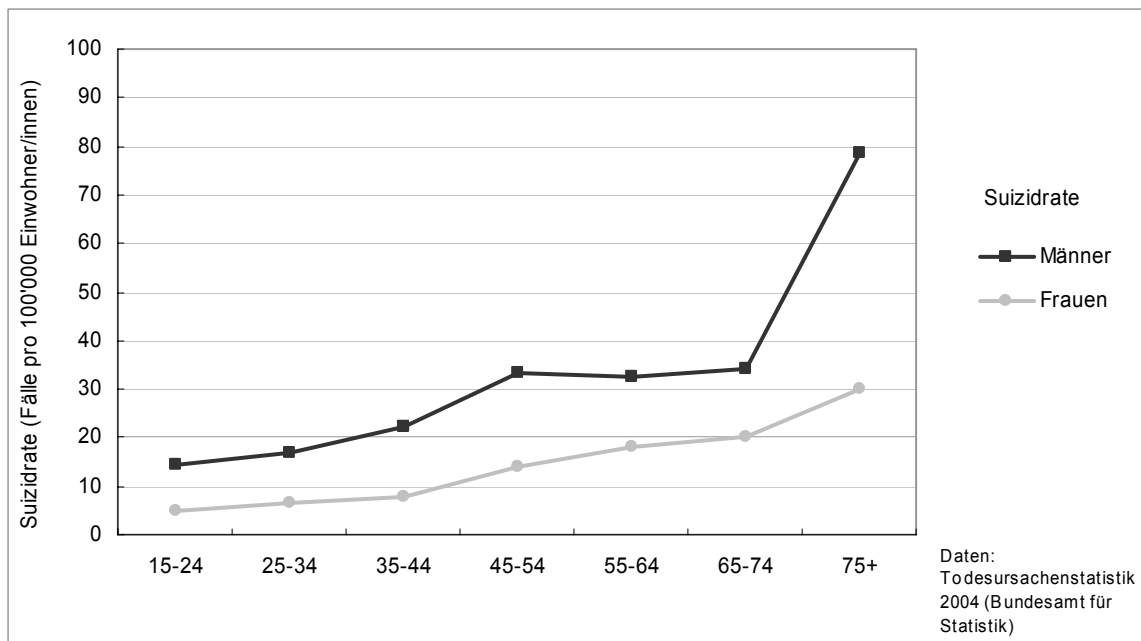


Abb. 6.7 Suizidrate nach Geschlecht und Alter, 2004

In Abbildung 6.7 ist der Zusammenhang von Geschlecht und Alter mit der Suizidrate ersichtlich. Einerseits nehmen sich Männer in allen Altersgruppen häufiger das Leben als Frauen. Andererseits nimmt die Suizidrate bei beiden Geschlechtern im höheren Alter zu. Bei jungen Frauen im Alter von 15–34 Jahren sind es 6, im Alter von 75 Jahren und mehr bereits 30 Suizide pro 100'000 Einwohnerinnen. Auch bei den Männern nimmt die Suizidrate mit steigendem Alter zu, wobei die markante Zunahme bei den über 75-Jährigen auffällt. Bei ihnen beträgt die Rate beinahe 80 Fälle pro 100'000 Einwohner. Es gilt hier zu berücksichtigen, dass die Suizidraten pro Altersklassen mittels Population (der Lebenden) berechnet wird. Es ergäbe sich in den höheren Altersklassen ein anderes Bild, wenn die Raten mittels der jeweiligen Kohorte berechnet würden, das heisst unter Berücksichtigung der bereits anderweitig verstorbenen Personen. Die Suizidrate bei den über 75-Jährigen wäre weit weniger erhöht, da andere Todesursachen in diesem Alter immer zahlreicher werden.

Suizid im Alter

Von den im Jahr 2004 in der Schweiz begangenen Suiziden wurde jeder dritte von einer über 65-jährigen Person vollzogen. In dieser Altersgruppe hat die Anwendung der Methode der organisierten Beihilfe zum Suizid¹ über die letzten Jahre kontinuierlich zugenommen. Die Einführung der Kodierung dieser Methode in der Todesursachenstatistik im Jahr 1998 erlaubt die Entwicklung zu beobachten. Vor 1998 wurde die Beihilfe zum Suizid unter Vergiftungen erfasst, deren Häufigkeit in den letzten Jahren entsprechend abgenommen hat.

¹ Organisierte Beihilfe zum Suizid heisst, einem urteilsfähigen Menschen, der seinem Leben ein Ende setzen möchte, die dafür erforderlichen Mittel zu beschaffen. Bei Patienten in der Terminalphase unterscheidet sich Beihilfe zum Suizid von der aktiven (vom Patienten gewünschten) Sterbehilfe dadurch, dass der Patient fähig sein muss, sich das todbringende Mittel selbst an den Mund zu führen und zu schlucken (oder zu spritzen). In der Todesursachenstatistik werden jene Fälle ausgewiesen, bei welchen organisierte Beihilfe zum Suizid (z.B. durch EXIT oder Dignitas) auf dem Todesschein erwähnt wird.

Von 1999 bis 2004 begingen die über 65-jährigen Frauen und Männer zu fast einem Drittel bzw. einem Achtel den Suizid mittels Beihilfe. Dies entspricht knapp 20% der Suizidfälle im Alter über 65 und ungefähr 6% aller erfassten Suizide. Es ist zu berücksichtigen, dass Suizide, die mittels Beihilfe von den Sterbeorganisationen (EXIT, Dignitas) begangen werden, somatische Erkrankungen zur Ursache haben. Aufgrund von möglichen Unsicherheiten bezüglich der Urteilsfähigkeit der betroffenen Person, bezüglich der Dauerhaftigkeit des Todeswunsches und einer schwer zu prognostizierenden Aussichtslosigkeit der Lebenslage wird bei Personen ohne somatische, aber mit psychischer Erkrankung keine Beihilfe geboten.

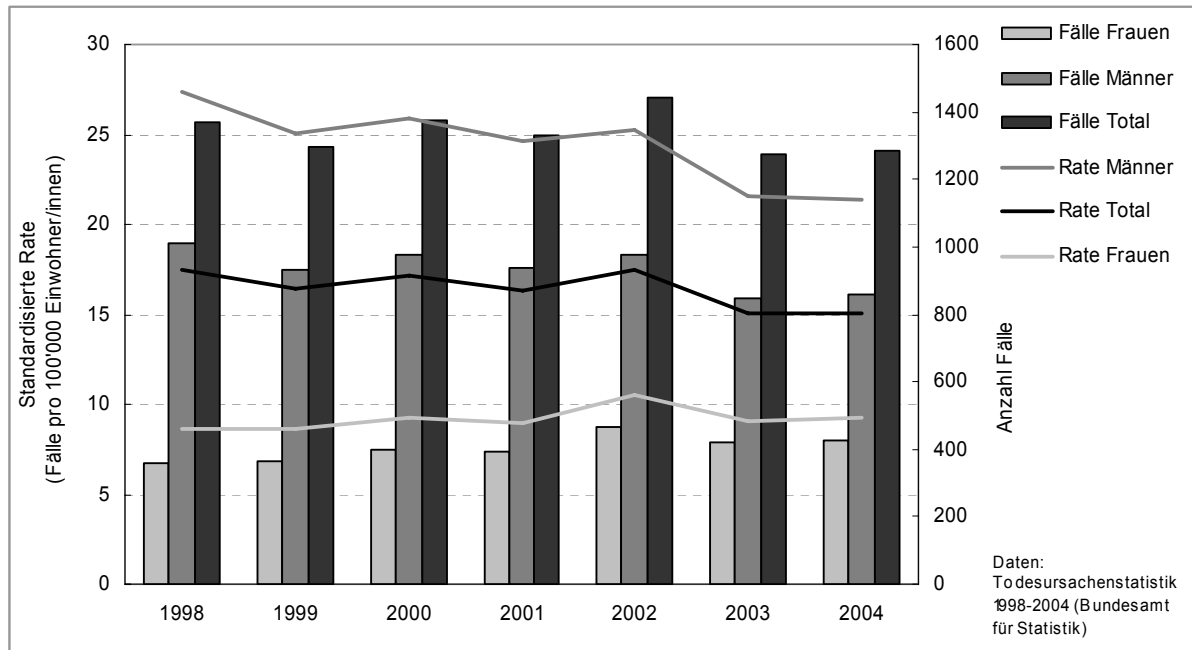


Abb. 6.8 Suizidfälle und Suizidraten nach Geschlecht, 1998–2004

Die Suizidrate der Frauen ist zwischen 1998 und 2004 relativ stabil geblieben, jene der Männer ist dagegen deutlich zurückgegangen. Insgesamt hat sich die Suizidrate zwischen 1998 und 2004 um etwas mehr als 2 Fälle pro 100'000 Einwohner/innen verkleinert. Die absolute Zahl der Suizide ist im selben Zeitraum zurückgegangen (von 1'371 Fälle 1998 auf 1'284 Fälle 2004). Dies ist auf eine deutliche Abnahme der Fälle bei den Männern zurückzuführen, während die Anzahl Suizide bei den Frauen relativ konstant geblieben ist (Abb. 6.8).

Unterschiede nach Landesregionen

Im Jahr 2004 unterscheiden sich die Suizidraten der Männer in fünf Grossregionen (Genfersee, Mittelland, Nordwestschweiz, Zürich, Ostschweiz) nur wenig voneinander, während im Vergleich dazu die Raten in der Zentralschweiz und insbesondere im Tessin deutlich geringer sind (Abb. 6.9). Die Rate der Tessiner Männer ist vergleichbar mit den Suizidraten der Frauen der übrigen Regionen. Im Tessin ist ebenfalls die Geschlechterdifferenz mit einem Verhältnis von 2:1 am geringsten. Die grössten Differenzen finden sich in der Nordwest- und in der Ostschweiz. In diesen Regionen sind die Suizidraten der Männer 2004 mehr als dreimal so hoch wie die der Frauen.

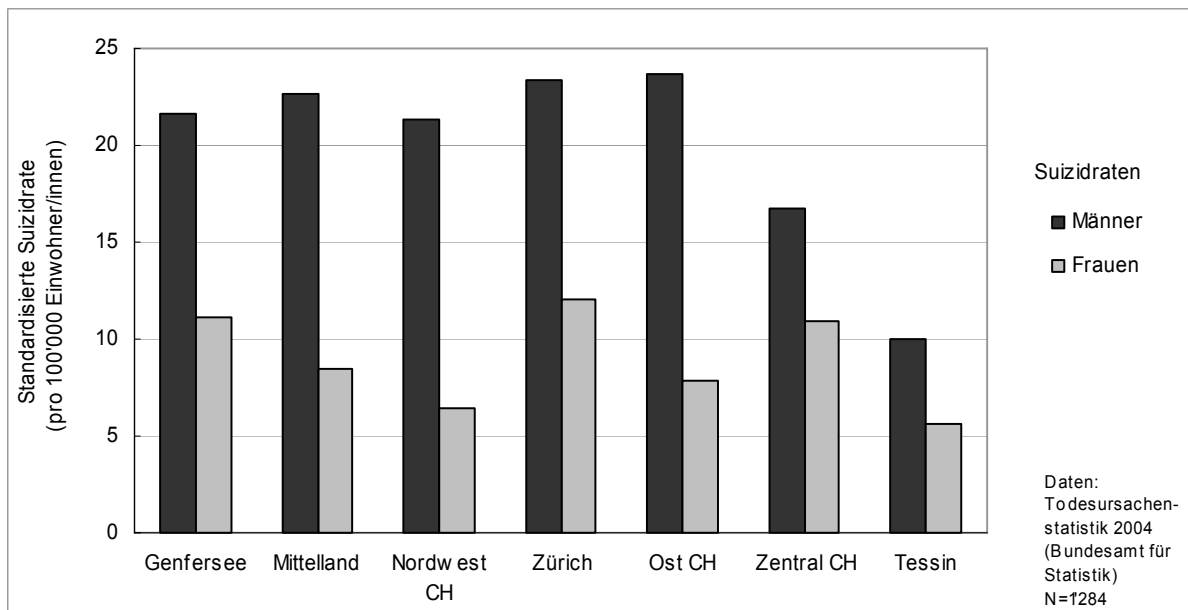


Abb. 6.9 Suizidrate nach Geschlecht und Regionen, 2004

Die Abbildung 6.10 zeigt die Suizidraten in den Grossregionen von 1998 bis 2004. In den Regionen Genfersee und Zürich lag die Suizidrate 2004 leicht höher als im Jahr 1998. In den übrigen Regionen gingen die Raten hingegen eher zurück. Die Raten-Entwicklung folgt über die ausgewählten Jahre keinem überregionalen Muster. Allerdings haben 2004 verglichen mit 2002 die Suizide pro 100'000 Einwohner/innen in allen Regionen abgenommen – ausser im Tessin, wo die Rate stagniert – und die Ziffern haben sich interregional etwas angeglichen. Das Tessin hebt sich in der Entwicklung der Suizidrate über die untersuchten Jahre mit deutlich tieferen Raten von den anderen Regionen ab (1998/2004: 13 bzw. 8 Suizide pro 100'000 Einwohner/innen). Die höchsten Raten finden sich in den Regionen mit urbanen Zentren (2004: etwas mehr als 17 (Zürich) bzw. 16 Suizide (Genfersee) pro 100'000 Einwohner/innen).

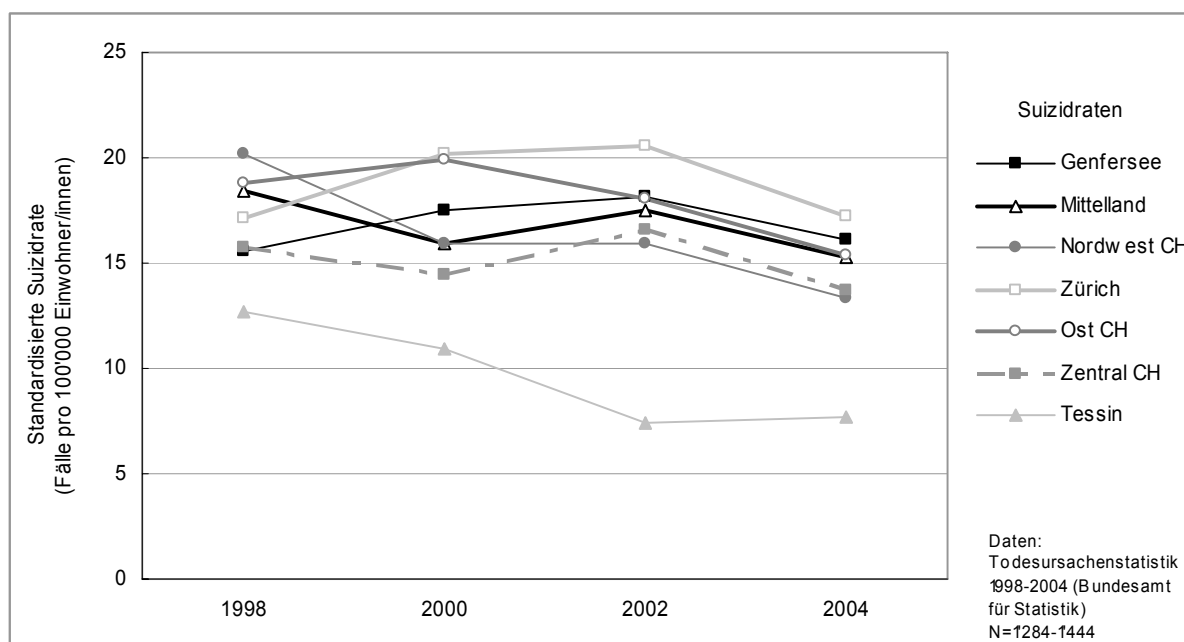


Abb. 6.10 Suizidraten nach Regionen, 1998–2004

Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen

In der Schweiz ist bei ungefähr 2% aller Todesfälle Suizid die Todesursache. Jährlich sterben doppelt bis dreimal so viele Menschen an Suizid wie an Strassenverkehrsunfällen. Bei jungen Personen im Alter von 15 bis 34 Jahren gehen rund ein Fünftel aller Todesfälle auf suizidale Handlungen zurück. Suizid als Todesursache liegt in dieser Altersklasse an zweiter Stelle; bei den Frauen nur noch übertroffen von Krebskrankheiten, bei den Männern tendenziell übertroffen von Tod durch Strassenverkehrsunfälle. In der Altersklasse der 35- bis 64-Jährigen ist Suizid nach Krebs- und Herz-Kreislaufkrankheiten mit 6.2% bei den Frauen bzw. 7.7% bei den Männern die dritthäufigste Todesursache.

Suizide sind verantwortlich für einen erheblichen Teil der frühzeitigen Todesfälle. Der Indikator "Verlorene potenzielle Lebensjahre"¹ erfasst die frühzeitige Sterblichkeit in der Bevölkerung. Er wird aus der Summe der Differenzen zwischen dem Todesalter der einzelnen Verstorbenen und dem potenziell erreichbaren Mindestalter von 70 Jahren gebildet.

Suizid ist 2004 in der Schweiz bei den Männern und Frauen verantwortlich für 12% bzw. 9% der verlorenen potenziellen Lebensjahre. Bei den Frauen steht Suizid nach Krebskrankheiten und Krankheiten des Kreislaufsystems an dritter Stelle, bei den Männern an vierter Stelle nach Krebskrankheiten, Krankheiten des Kreislaufsystems und Unfällen/Gewalteinwirkungen. Diese Situation ist über die letzten Jahre relativ stabil geblieben.

¹ PYLL (Potential Years of Life Lost)

Suizidversuche

Der Anzahl vollendeter Suizide steht eine noch viel grössere Anzahl Suizidversuche gegenüber. Die statistische Erfassung von Suizidversuchen ist schwierig. Eine relativ zuverlässige Möglichkeit ist die Untersuchung von medizinisch behandelten Suizidversuchen. Die WHO/EURO-Multizenterstudie zur Erfassung suizidalen Verhaltens (WHO, 1999) versucht, auf dieser Grundlage alle Suizidversuche einer ausgewählten Region in verschiedenen europäischen Ländern zu erfassen. In der Schweiz werden Daten aus der Agglomeration Bern und aus dem Kanton Basel-Stadt erhoben.

Pro Jahr werden in der Schweiz mehr als 10'000 Versuche medizinisch behandelt (ca. 4'000 Männer und 6'000 Frauen). Die Dunkelziffer ist schwer zu quantifizieren. Schätzungen gehen von jährlich insgesamt 15'000 bis 25'000 Versuchen in der Schweiz aus. Knapp 10% der Schweizer Bevölkerung unternimmt einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch. Im Gegensatz zum vollendeten Suizid werden Suizidversuche zum einen typischerweise von jungen Personen begangen, zum anderen sind sie bei Frauen etwa anderthalb mal häufiger als bei Männern (BAG, 2005).

7 Fazit

Verbesserung der psychischen Gesundheit

Im Jahr 2002 schätzten rund 85% der Schweizer Bevölkerung ihre Gesundheit als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Damit liegt die Schweiz verglichen mit den OECD-Ländern auf den vorderen Rängen und zeigt im Vergleich zu 1992 eine Verbesserung von gut einem Prozent (OECD/WHO, 2006). Zudem ist die Lebenserwartung gestiegen. Erfreulicherweise bildet sich diese positive Entwicklung ebenfalls in der psychischen Gesundheit der Schweizer und Schweizerinnen ab. Im Jahr 2002 fühlen sich bedeutend mehr Männer und Frauen psychisch im Gleichgewicht als noch 1992, und klar weniger Personen leiden unter psychischer Unausgeglichenheit als noch vor 10 Jahren. Rund 60% erfreuen sich eines hohen psychischen Wohlbefindens, und leichte Beschwerden wie Müdigkeit, Nervosität, Niedergeschlagenheit oder Schlafprobleme sind rückläufig. Das Leiden an chronischen psychischen Beschwerden scheint ebenfalls – insbesondere bei Männern – etwas abgenommen zu haben. Die Schweizer/innen erfahren viel und eher mehr emotionale Unterstützung als in den vorhergehenden Jahren, und sie geben an tendenziell leistungsfähiger zu sein.

Diese Ergebnisse schlagen sich allerdings nicht in einer grösseren Zufriedenheit nieder. Die Bevölkerung scheint 2004 weder allgemein noch bezogen auf die Gesundheit zufriedener zu sein als im Jahr 2000. Verantwortlich für diese Stagnation könnte die Tatsache sein, dass sich die Zufriedenheit bereits auf einem hohen Niveau eingependelt hat und eine Verbesserung darum nur noch schwierig zu erreichen ist. Zudem ist der hier betrachtete Zeithorizont mit nur vier Jahren (2000–2004) bedeutend kürzer als die im oberen Abschnitt erwähnten 10 Jahre (1992–2002).

Anstieg der Inanspruchnahme

Gegenläufig zur Verbesserung der psychischen Gesundheit scheint die Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen zugenommen zu haben. Die befragten Personen berichteten 2002 vermehrt von Behandlungen wegen psychischen Beschwerden oder von Arztbesuchen wegen Depressionen als noch 1997 bzw. 1992. In dieselbe Richtung weisen die Daten der stationären Statistik: Die Hospitalisationsraten haben bis 2002 zugenommen, in den darauf folgenden zwei Jahren haben die Raten stagniert. Konzentriert man sich nicht auf die Anzahl stationär behandelter Fälle, sondern auf die Anzahl Personen¹, die diese Fälle verursacht haben, scheint – unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung – keine entsprechende Zunahme erfolgt zu sein. Es lässt sich vermuten, dass eine relativ konstante Anzahl von Personen zunehmend öfter stationär behandelt wird (Kuhl & Herdt, 2007, Publikation in Vorbereitung).

Möglicherweise liegen den beschriebenen Phänomenen – einerseits der verbesserten psychischen Gesundheit und der Zunahme der Inanspruchnahme andererseits – Personengruppen mit unterschiedlichem Schweregrad ihrer Probleme zugrunde. Der Leidensdruck von Personen, die wegen psychischen Beschwerden eine Behandlung aufsuchen, ist ver-

¹ Im Jahr 2004 ist es erstmals möglich – mittels Anonymen Verbindungs-codes (AVC) – die erhobenen Fälle vollständig Personen zuzuordnen. Bisher wurden die genauen Patientenzahlen mit Hilfe der teilweise vorhandenen AVC geschätzt.

mutlich eher höher als derjenige von Personen, die von leichten Beschwerden berichten, aber keine institutionalisierten Hilfeleistungen in Anspruch nehmen. Man könnte interpretieren, dass sich die beiden Gruppen über die letzten Jahre unterschiedlich entwickelt haben: In der einen Gruppe sind die Personen mit leichten Beschwerden gesünder bzw. in ihrer Anzahl weniger geworden, in der anderen Gruppe leiden die Personen vermehrt unter schwereren psychischen Erkrankungen. Unbeantwortet bleibt die Frage, ob letztgenannte Bevölkerungsgruppe grösser geworden ist, was sich aus den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) vermuten lassen würde, da mehr Personen als früher die Frage nach einer Behandlung psychischer Probleme bejaht haben. Oder ob sich eine konstante Anzahl betroffener Personen öfter in Behandlung begeben haben, was Kuhl und Herdt (2007, Publikation in Vorbereitung) aufgrund der Auswertungen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser folgern. Um in dieser Sache abschliessende Gewissheit zu erlangen, wären ergänzende Daten zur ambulanten Versorgung notwendig sowie Angaben zu Prävalenz und Inzidenz¹ psychischer Störungen aus schweizerischen epidemiologischen Studien. Auch zur Beantwortung der Frage, inwieweit eine Verlagerung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stattfindet, wären repräsentative Daten aus dem ambulanten Sektor erforderlich.

Depression und Behandlung

Mit 1–2 Fällen pro 1'000 Einwohner/innen ist Depression – vor allem bei Frauen – die am meisten behandelte Diagnose in psychiatrischen Kliniken. Zudem verursacht sie nach der Schizophrenie – bei Männern wie bei Frauen – die meisten Pflegetage.

Der SGB zufolge leiden 3% der Wohnbevölkerung an einer ernsthaften Depression. Es gilt zu berücksichtigen, dass Personen in Kliniken oder sozialmedizinischen Institutionen in der Erhebung nicht erfasst werden. Es ist ausserdem zu vermuten, dass die Möglichkeit und Bereitschaft, an der Befragung teilzunehmen, bei Personen mit depressiven Symptomen wie gedrückter Stimmung, Antriebs- und Interesselosigkeit sowie Konzentrationsschwierigkeiten tendenziell vermindert ist. Aus diesen Gründen wird angenommen, dass die SGB die Verbreitung von Depressionen in der Bevölkerung eher unterschätzt.

Von den 3% der Personen mit einer behandlungsbedürftigen Depression lassen sich nur ein Viertel bis die Hälfte deswegen behandeln. Schätzungsweise jede zweite oder dritte dieser Behandlungen wird von Hausärzten/innen durchgeführt, obwohl diese oft nicht über eine entsprechende Fortbildung verfügen. Eine bedarfsgerechte Versorgung durch spezialisierte Fachpersonen ist also in vielen Fällen nicht gegeben. Diese Tatsache ist in der politischen und fachlichen Diskussion um die Forderung evidenzbasierter Therapie und Qualitätssicherung sicherlich zu beachten.

Prävention

Zusätzlich zur Behandlung psychischer Störungen im Allgemeinen und von Depressionen im Besonderen sollte in Anbetracht der aktuellen und der gemäss WHO prognostizierten zukünftigen Krankheitslast auch der Prävention vermehrt Aufmerksamkeit zukommen. Programme wie das „Bündnis gegen Depression“ – der Kantone Zug, Bern und Luzern z.B. –

¹ Die Prävalenz gibt den Anteil der erkrankten Individuen einer bestimmten Gruppe (Population) in einem bestimmten Zeitraum an. Die Inzidenz gibt den Anteil Individuen an, die in einem bestimmten Zeitraum neu an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind.

sind ein Anfang, um auf Verbesserungen in der Ausbildung von Allgemeinärzten/innen (für eine frühere Erkennung von Depressionen und Einleitung einer weiter führenden Behandlung), eine Optimierung des Versorgungsangebots, eine Intensivierung der Zusammenarbeit verschiedener Akteure und eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit hinzuarbeiten.

Aus Sicht der Prävention sind insbesondere Todesursachen von Bedeutung, die für einen hohen Anteil an potenziell verlorenen Lebensjahren verantwortlich (also vor allem jüngere Menschen betreffen) und beeinflussbar sind. Suizid ist eine dieser Todesursachen und die hohe Suizidrate in der Schweiz spricht für eine Intensivierung der Präventionsaktivitäten in diesem Bereich. Die Abnahme der Suizidalität wird im Entwurf zur Nationalen Strategie Psychische Gesundheit (NGP, 2004) denn auch als ein wichtiges Ziel für die kommenden 10 Jahre genannt. Zwar gibt es in der Schweiz einige regionale Programme und Angebote im Bereich Suizidprävention (z.B. Bündnisse gegen Depression), doch fehlt gemäss einer vom Verein Ipsilon¹ durchgeführten Befragung von öffentlichen und privaten Organisationen bislang eine geeignete Plattform für die Kooperation und Koordination. Ein nationales Suizidpräventionsprogramm könnte den Wissensaustausch zwischen Wissenschaft und Praxis fördern sowie konzeptuelle, planerische und evaluative Grundlagen für die Entwicklung und Implementierung geeigneter Massnahmen liefern.

Datenlücken – Epidemiologie und ambulante Behandlungen

Die in der SGB 2002 erstmals verwendete Skala zur Bestimmung eines Symptomwerts der Depression erlaubt eine Einschätzung des vorhandenen Behandlungsbedarfs und einen Vergleich mit der (selbst berichteten) Inanspruchnahme von Behandlungen. Um gesicherte Aussagen zu Bedarf und Inanspruchnahme machen zu können, braucht es einerseits nationale sowie regionale epidemiologische Daten und andererseits Daten zu Behandlungen, die nicht (ausschliesslich) auf selbstberichteten Angaben beruhen. Verlässliche Informationen zu stationären Behandlungen sind der Medizinischen Statistik des BFS zu entnehmen – mit der Einschränkung, dass das Zusatzmodul Psychiatrie (noch) nicht von allen Institutionen ausgefüllt wird. Teilstationäre Behandlungsdaten wurden im vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt, da deren Erhebung noch mit zu vielen Unklarheiten und Einschränkungen verbunden ist. Im Rahmen des Einzelindikatoren-Monitorings des Obsan werden neu 14 Indikatoren zu stationären psychiatrischen Behandlungen sowie ein Indikator zu teilstationären Behandlungen aufgenommen (unter <http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/d>, Kapitel 8 Spezialthemen).

Eine grosse Lücke tut sich bei Daten zu ambulanten Behandlungen auf, über welche bisher nur indirekt via Selbstangaben berichtet wird, was wiederum mit gewissen Einschränkungen der Gültigkeit (Erinnerungsvermögen, fehlende Bereitschaft, soziale Erwünschtheit) verbunden ist. Eine Quelle für weiterreichende Angaben zum ambulanten Sektor wäre der Schweizerische Diagnosen Index (SDI) der IHA-IMS-Health Hergiswil. Gestützt auf eine Stichprobe stellt der Index das Diagnose- und Therapieverhalten niedergelassener Ärzte und Ärztinnen dar. Ausgeschlossen bleiben die selbstständigen nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Die Daten sind limitiert durch die relativ kleine Stichprobe und gewisse Zweifel an der wissenschaftlichen Genauigkeit bezüglich Epidemiologie, da es sich um Daten zur Marktbeobachtung und zu Marketingzwecken der Pharmaindustrie handelt. Laut SDI ist zwischen 1999 und 2002

¹ Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz: <http://www.ipsilon.ch/index.php?id=1&L=0>

eine Zunahme an Diagnosen von psychischen Störungen zu verzeichnen. Interessant ist ausserdem, dass nur gerade die Hälfte der Diagnosen durch Psychiater/innen gestellt wird und die andere Hälfte durch Allgemeinpraktiker/innen und Ärzte/innen anderer Fachgruppen (Sturny et al., 2004).

Zukünftig interessante Ergebnisse im ambulanten Versorgungsbereich sind von den Tarmed-Erhebungen der Trust-Center der Ärzte und Ärztinnen sowie der santésuisse im sogenannten Tarifpool zu erwarten. Aktuell werden gesamtschweizerisch gut die Hälfte aller dieser Daten erhoben. Die Qualität und Aussagekraft dieser neuen Statistik – insbesondere auch der Daten im ambulanten Bereich der Spitäler – sind kaum erforscht. Das Obsan wird im Laufe des Jahres 2008 erste Erfahrungen hierzu gewinnen. Im Bereich der Epidemiologie lässt sich allerdings kaum mit einem Erkenntnisgewinn rechnen, da die Tarmed-Daten der Trust-Center resp. des Tarifpools santésuisse mit der rudimentären Ausgestaltung ihres Diagnosecodes (Tessiner Code) nur grobe Schlüsse auf die Art der Erkrankung zulassen. Zudem sind in den erhobenen Daten nicht-ärztliche psychotherapeutische Leistungen nur enthalten, wenn sie im Rahmen der delegierten Therapie erbracht wurden.

Künftige Forschungsaktivitäten

Dem Thema der Interaktion zwischen psychischer Gesundheit bzw. Krankheit, der Bewältigung, dem sozialen Umfeld und der Einschränkung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit nimmt sich zurzeit das mehrjährige Forschungsprogramm des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu Invalidität und Behinderung¹ an. Die Teil-Studie „Differenzierung der Invalidisierungen aus psychischen Gründen“ wird den Prozess und die Risikofaktoren von Invalidisierungen aus psychischen Gründen vertieft untersuchen, um künftig mit entsprechenden Massnahmen zielgerichtet und präventiv ansetzen zu können.

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts machen deutlich, dass es sich bei psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit um die Pole eines Kontinuums handelt. Es gibt kein Entweder-oder, sondern verschiedene Abstufungen. Psychische Gesundheit ist nicht stabil, sondern muss bei Belastungen immer wieder hergestellt werden. Wie gut dies gelingt, hängt von den persönlichen und umfeldbezogenen Ressourcen ab. Die Längsschnittstudie SESAM (Swiss Etiological Study of Adjustment and Mental Health²) hat zum Ziel, die komplexen Ursachen aufzudecken, die zu einer gesunden psychischen Entwicklung über die Lebensspanne führen. Das Projekt soll dazu beitragen, menschliche Entwicklung und seelische Gesundheit besser zu verstehen. Erste Ergebnisse werden frühestens 2009 erwartet.

Das Bundesamt für Statistik plant für den stationären Bereich eine ergänzende Erhebung zur SGB. Es soll der (psychische) Gesundheitszustand Betagter in sozialmedizinischen Institutionen erhoben werden. Diese Bevölkerungsgruppe wird in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sonst nicht berücksichtigt, da ausschliesslich Personen aus Privathaushalten befragt werden. Einen Erkenntnisgewinn erhofft man sich insbesondere bezüglich Erkrankungen, die (neben Spitälern) vermehrt in sozialmedizinischen Einrichtungen behandelt werden, bspw. Demenzen oder Altersdepressionen. Im Zusammenhang mit der immer höher werdenden Lebenserwartung gewinnen diese Erkrankungen zunehmend an Bedeutung. Mit

¹ Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung sowie zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes: www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326

² www.sesamswiss.ch

sehr hohem Alter nehmen v.a. Demenzen überdurchschnittlich zu. Die Rate demenzieller Erkrankungen z.B. verdoppelt sich ab dem 65. Lebensjahr alle 5 Jahre.

Ein nächstes Obsan-Projekt wird einen vertieften Blick auf die Struktur, die Organisation und die Datenlage der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Versorgung in der Schweiz werfen. Das Fehlen von Daten aus dem ambulanten und teilstationären Bereich ist für die psychiatrische Praxis, die Planung und die Gesundheitspolitik ein aktuelles und oft moniertes Thema. Eine weitere Studie des Obsan wird sich mit der regionalen Vergleichbarkeit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung beschäftigen. Bisher ist unklar, in wie weit die verschiedenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsregionen in der Schweiz überhaupt vergleichbar sind. Sowohl der Versorgung immanente als auch andere Einflussfaktoren (epidemiologische, geografische, sozio-demografische und diagnosespezifische) üben einen Einfluss auf die Vergleichbarkeit aus. Im Projekt sollen die regionalen Angebote und Bestimmungsfaktoren der Inanspruchnahme der Versorgungslandschaft beschrieben und die Bestimmungsfaktoren bezüglich der Bedeutung ihres Einflusses gewichtet werden.

Schliesslich ist geplant, die vorliegende Studie 2009 zu wiederholen und – wo möglich und sinnvoll – weiter zu ergänzen. Kernstück dieses zukünftigen Berichts werden die neuen Ergebnisse der SGB 2007 inkl. der Zusatzerhebung zu den Betagten in sozialmedizinischen Institutionen sein. Aber auch aktualisierte Ergebnisse der weiteren in diesem Bericht verwendeten Datenquellen – insbesondere der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser – sollen erneut aufgearbeitet, analysiert und dargestellt werden.

Literatur

- Ajdacic V. und Graf M. (2003). Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Informationen über die Schweiz. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), <http://www.obsan.ch>
- Antonovsky A. (1979). Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Beautrais AL. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998. Canberra: National Health and Medical Research Council.
- Beeler I., Lorenz S. & Szucs T. (2003). Provision and Renumeration of Psychotherapeutic Services in Switzerland. Soz und Präventivmed, 49 (2), 88–96.
- Bundesamt für Gesundheit (2005). Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2006). IV-Statistik 2006. Statistiken zur sozialen Sicherheit. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesamt für Statistik (2002). Kosten des Gesundheitswesens: Detaillierte Ergebnisse 2000 und Entwicklung seit 1995. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2005). Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992–2002. Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2007, in Vorbereitung). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Psychische Gesundheit – Prävalenzen, individuelle und soziale Ressourcen und Behandlungsformen. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2006). Panorama – Gesundheit. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- DIMDI/WHO (2004). ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- Dohrenwend B.B., Shrout P.E., Link B.G., Skodol A.E. & Stueve A. (1995). Life events and other possible psychological risk factors for episodes of schizophrenia and major depression: A case-control study. In C.M. Mazure (Ed.), Does stress cause psychiatric illness? (pp.43–65). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Frijs, R.H. and Sellers T.A. (1999). Epidemiology for public health practice (2nd ed.). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers Inc.
- Gabriel P. and Liimatainen MR. (2000). Mental Health in the Workplace. Geneva: International Labour Organization.
- Grob A., Lüthi R. und Flammer A. (1990). Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (Form für Jugendliche, Form für Erwachsene). Bern: Universität, Institut für Psychologie.
- Health Education Authority (HEA) (1999). Community Action für Mental Health. London.
- Jaccard Ruedin H., Roth M., Bétrisey C., Marzo N. & Busato A. (2007). Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan), <http://www.obsan.ch>

Korkeila J. (2001). Measuring aspects of mental health. Helsinki: Stakes.

Kuhl H.-C. und Herdt J. (2007, Publikation in Vorbereitung). Stationäre Psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), <http://www.obsan.ch>

Lachenmeier H. (2003). Mental Health – Ein Wirtschaftsfaktor. Neue Zürcher Zeitung, 6. Feb 2003.

Murray CJL. and Lopez AD. (Eds.) (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP), Lehmann P. et al. (2004a). Psychische Gesundheit. Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Entwurf zur Stellungnahme Bern: NGP.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP), Ricka R. et al. (2004b). Zusammenstellung der Konsultationsergebnisse. Entwurf Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Bern: NGP.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP), Achtermann W. & Berset C. (2006a). Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band1 Analyse und Perspektiven. Bern: BAG.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP), Achtermann W. & Berset C. (2006b). Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band2 10 Porträts. Bern: BAG.

OECD (2005). OECD Health Data 2005, Paris: OECD.

OECD/WHO (2006). OECD-Berichte über Gesundheitssysteme – Schweiz. Paris: OECD. Übersetzung: Bundesamt für Gesundheit (2006), Bern.

Office fédéral de la statistique (2001). Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Pearlin L. I., Lieberman M. A., Menaghan E. G. & Mullan J. T. (1981). The stress process. Journal of Health and Social Behavior, 22, 337–356.

Rüesch P. (2006). Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz. Eine Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), <http://www.obsan.ch>

Rüesch P. und Manzoni P. (2003). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), <http://www.obsan.ch>

Sass H., Wittchen H.-U., Zaudig M. & Houben I. (1998). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

- Scharfetter C. (2002). Allgemeine Psychopathologie. 5, neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Stadt Wien (Hrsg.) (2004). Psychische Gesundheit in Wien. Wien: Stadt Wien.
- Sturny I., Cerboni S., Christen S. & Meyer P.C. (2004). Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), <http://www.obsan.ch>
- Tress W., Kruse J. et al. (1999). Die Versorgung psychisch Kranker in hausärztlichen Praxen. In: B. Bandura und J. Siegrist (Hrsg.). Evaluation im Gesundheitswesen (S. 325–338). Weinheim: Juventa.
- Ustün T. and Sartorius N. (Eds.) (1995). Mental Illness in General Health Care. An International Study. Chichester: Wiley.
- Waterhouse J et al. (Eds.) (1976). Cancer incidence in five continents, Lyon: IARC.
- Weiss W., Spuhler T., Gruet F., Guidani D. und Noack H. (1990). Enquête auprès de la population «La santé et la promotion de la santé». Rapport final. Etude intercantonale sur les indicateurs de santé (IGIP-PROMES). Lausanne: Institut Suisse de la Santé Publique et des Hôpitaux ISH/SKI.
- WHO (1994). Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. & Schulte-Markwort E. (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Bern: Huber.
- WHO (1999). Bille-Brahe, U. (Ed.). WHO/Euro Multicentre study on parasuicide. Facts and figures. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2001). The World Health Report 2001 – Mental health: New understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2005). Suicide rates per 100 000 by country, year and sex (Table). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html
- Wittchen H.-U. (2001). Prevalence and recognition syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated. International Clinical Psychopharmacology, 16, 121–135.
- Wittchen H.-U. et al. (2000). Depression 2000. Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen. MMW Fortschritte der Medizin, 118(Sonderheft 1), 1–3
- Zimmermann E. und Weiss W. (2004a). Gesundheit als Form und Folge sozialer Ungleichheit. S. 42–67. In Suter C. und Joye D. (Hrsg.), Sozialbericht 2004. Zürich: Seismo.



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza Svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Statistik BFS
Office fédéral de la statistique OFS

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération suisse et des cantons.